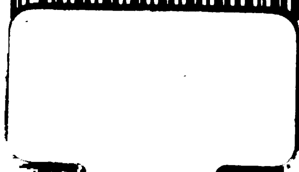








JOURNAL

DE CHIRURGIE.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE

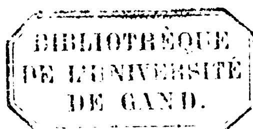
CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR ET DU MÉRITE MILITAIRE DE POLOGNE, ETC.

Deuxième année. —1844.

TOME DEUXIÈME.



On s'abonne à Paris,

AU BUREAU DU JOURNAL, CHEZ PAUL DUPONT ET Cie, ÉDITEUR,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JANVIER 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelle méthode pour l'opération du bec-de-lièvre, *communiquée à la Société de chirurgie de Paris, le 20 décembre 1843, par* **M. MALGAIGNE.**

Ce n'est pas d'aujourd'hui que j'ai eu occasion de remarquer combien la médecine opératoire, si riche et si prodigue en procédés et en manœuvres, devient pauvre et avare lorsqu'il est question des résultats. En ce qui concerne le bec-de-lièvre par exemple, le jeune chirurgien appelé à pratiquer sa première opération dans le cas le plus simple, sera parfaitement renseigné sur le choix de l'instrument, sur la façon d'aviver les chairs, sur le mode d'implantation des aiguilles ; mais sur ce qu'il a droit de se promettre de tous ses soins, sur les espérances qu'il peut donner au malade, il ne trouve rien ; ou plutôt la plupart des livres l'exposeront à une déplorable déception, en lui laissant croire qu'il viendra facilement à bout de la difformité.

La première fois que j'opérai un bec-de-lièvre, j'avais affaire à une jeune enfant de 7 à 8 ans, fille unique, que les parents n'avaient pas voulu faire opérer plus tôt afin de réunir toutes les chances de succès ; je procédai, comme on peut croire, avec toutes les précautions indiquées, et au 4e jour, les aiguilles retirées, j'eus la douleur de voir le bord libre de la lèvre interrompu par une encochure de 2 à 3 millimètres. On tint conseil : on présuma que l'enfant indocile avait parlé et crié de trop bonne heure, et on décida qu'elle serait de nouveau soumise à l'opération. Pour une si légère entaille, je mis deux aiguilles dont l'une était placée sur le bord même de la lèvre ; j'eus soin d'introduire

cette dernière aiguille très-obliquement de bas en haut pour le côté gauche de la division et de la faire sortir en sens inverse pour le côté droit; à ces conditions, l'encochure fut notablement diminuée ; mais en laissant toujours une trace désagréable.

Ce premier fait me donna fort à réfléchir ; accoutumé à regarder cette opération comme peu de chose, j'avais suivi assez négligemment dans leurs conséquences les opérations que j'avais vu faire par les maîtres, plus avide, comme sont la plupart des élèves, d'assister à la manœuvre opératoire que de constater les résultats, et trop disposé à cet égard à en croire les auteurs sur parole. Cependant, après mon double essai, je n'osai plus m'en fier au procédé classique; j'essayai alors de l'avivement elliptique, et j'eus encore une encochure. Une fois, après l'avivement à la méthode ordinaire, je fis sur chaque bord saignant une petite incision horizontale vers l'union de la peau et de la muqueuse, dans le but de reporter en bas les deux petits lambeaux qui en étaient résultés ; et ce fut derechef en pure perte.

Sur ces entrefaites j'avais pris le service de Bicêtre, et en passant en revue les nombreux pensionnaires de l'établissement, j'avisai deux ou trois d'entre eux qui avaient été opérés du bec-de-lièvre par les chirurgiens les plus renommés de Paris, et ce ne fut pas sans un certain soulagement intérieur que je trouvai leurs lèvres déformées par des encochures plus ou moins prononcées. Pour compléter mon instruction à cet égard, je suivis, dans divers services de Paris, quelques sujets tout récemment soumis à l'opération, et n'ayant pas rencontré sur nature un seul de ces succès que les livres présentent comme si faciles et si ordinaires, j'étais arrivé à cette conclusion assez triste, qu'avec toutes les ressources de l'art un bec-de-lièvre plus ou moins grave pouvait bien être transformé en un autre infiniment plus léger ; mais que l'effacer complétement était à peu près impossible.

Avant d'aller plus loin il est bon d'ajouter que, lorsque je fis ma première communication sur ce sujet à la Société de chirurgie, l'un de mes collègues crut devoir relever mon assertion comme trop absolue, et annonça que pour sa part il avait vu plusieurs succès complets. L'occasion était belle pour juger la question ; chacun des membres présents fut invité à dire à son tour ce que lui avait appris son expérience personnelle. Il se trouva, en réunissant tous ces témoignages, que le nombre des succès donnés comme complets ne dépassait pas 5 ou 6, tandis que les insuccès allaient fort au delà de 60. La plupart donc avaient été constamment aussi malheureux que moi. M. Nélaton, entre autres, après avoir essayé deux fois le procédé ordinaire, avait recouru, dans trois cas nouveaux, à l'avivement elliptique, et n'avait été satisfait ni de l'un ni de l'autre; et M. Guersant, qui compte à lui seul 25 à 30 opérations, n'avait jamais pu défaire un seul de ses opérés de l'inévitable encochure.

En remontant à la cause de cette difficulté, il est facile de se convaincre qu'elle tient d'une part à la nature de la lésion congéniale, et d'autre part au procédé opératoire même. Louis a cherché à démontrer que dans le bec-de-lièvre il n'y a aucune perte de substance. Toute son argumentation roule évidemment sur un jeu de mots ; il n'y a pas eu ablation de substance, mais il y a eu atrophie, et, par une cause ou par une autre, défaut de développement, ce qui revient au même pour le chirurgien. Cette atrophie dans le bec-de-lièvre simple est surtout marquée vers les deux angles saillants des bords de la division ; si l'on essaie de les rapprocher avant toute opération, on verra que ces angles ne sont point taillés carrément comme dans une section accidentelle, mais arrondis ; de telle sorte que le rapprochement le plus exact ne saurait reproduire la continuité du bord libre de la lèvre, mais laisse une encochure très-visible. Pour le bec-de-lièvre double, l'atrophie est plus frappante encore ; généralement le lobe moyen de la lèvre a moins de longueur que les autres, et ne peut concourir à reformer le bord labial ; l'encochure médiane est donc beaucoup plus profonde que dans les cas simples.

L'opération est-elle raisonnée du moins en vue de remédier à cette déperdition, ou, si l'on aime mieux, à cette diminution de substance? En aucune manière. Loin de là, l'avivement avec les ciseaux ou le bistouri produit directement une perte de substance nouvelle

et commence ainsi par accroître la difformité. On se propose par là de détruire la rondeur des angles, de les ramener à une taille à peu près carrée; vaine espérance, qu'une mûre réflexion devrait empêcher de concevoir. Figurez sur une compresse, sur une feuille de papier un bec-de-lièvre avec l'écartement ordinaire, avivez ensuite selon le procédé accoutumé; si vous n'enlevez juste que ce qui est nécessaire à l'avivement, vous laissez subsister à moitié la rondeur des angles; si l'excision va plus loin, les bords de la division rafraîchie forment avec le bord libre de la lèvre un angle d'autant plus obtus qu'on en aura excisé davantage. Essayez maintenant de rapprocher les deux portions de la lèvre ainsi découpée; vous verrez qu'elles ne vont pas horizontalement au-devant l'une de l'autre, mais que chacune est obligée de monter quelque peu, de telle sorte qu'après l'affrontement, le bord labial restauré décrit nécessairement un angle obtus, souvent encore surmonté de l'encochure.

Sans doute, dira-t-on, ces choses sont faciles à figurer sur un morceau de linge ou de papier inerte; mais les tissus vivants plus extensibles s'accommodent bien mieux aux tractions qu'il est nécessaire d'exercer sur eux; et l'expérience prouve qu'à l'aide d'une légère distension on arrive à faire marcher horizontalement les deux moitiés labiales l'une vers l'autre.—Oui, c'est la vérité; mais l'expérience prouve aussi que, lorsqu'on cesse de les maintenir, elles reprennent d'elles-mêmes la direction oblique en vertu de laquelle elles décriront ensemble un angle obtus; et sur le vivant il y a un autre élément défavorable dont il faut bien aussi tenir compte, la rétraction de la cicatrice, qui attire de plus en plus vers la narine le sommet de l'angle du bord labial.

Toutes ces difficultés augmentent encore lorsque le bec-de-lièvre est double, et d'autant plus qu'il se complique davantage. Ceci est trop clair pour qu'il soit besoin d'y insister.

Il fallait donc de toute nécessité, ou bien changer les conditions de la difformité pour les accommoder à l'opération, ce qui n'est pas même proposable, ou bien changer les conditions de l'opération pour la mettre en rapport avec la difformité à corriger. Quelles devaient être les bases de l'opération nouvelle? Puisque le bec-de-lièvre consiste surtout dans une déperdition de substance, et que cette perte de substance est plus particulièrement sensible près du bord labial; au lieu de l'accroître comme le fait le procédé ordinaire, il fallait garder le plus de tissu possible, en emprunter au besoin aux parties voisines; et si cet emprunt se pouvait faire sur la portion même que l'avivement oblige à retrancher, le bénéfice serait d'autant plus grand qu'il serait recueilli sans aucun risque et, si l'on me passe cette expression, sans mise de fonds. En un mot, l'avivement du bec-de-lièvre ne se peut faire qu'à la condition de retrancher de la peau quelques rognures et, c'est l'utilisation de ces rognures perdues qui constitue la nouvelle méthode. Je dis méthode, attendu que l'opération du bec-de-lièvre qui se rattachait à la chéiloraphie, en est tellement transformée qu'elle rentre dans la chéiloplastie; au lieu d'une couture elle met une pièce.

Quant au mode d'exécution, rien n'est plus simple: il consiste, au lieu d'aviver de bas en haut, à aviver de haut en bas, et à garder près du bord labial un pédicule aux petits lambeaux détachés par l'avivement, afin de les faire servir ensuite selon le besoin; on en prendra une idée plus exacte en lisant l'observation suivante.

Le nommé Maréchal, âgé de 23 ans, ébéniste, demeurant rue de Charenton, 57, homme robuste et bien constitué, entra, le 5 décembre 1842, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, pour se faire traiter d'un bec-de-lièvre congénial. La lèvre supérieure présentait, dans sa portion gauche, à 6 ou 7 millimètres de la ligne médiane, une division qui occupait les trois quarts de sa hauteur totale; le dernier quart offrait comme une sorte de cicatrice rosée remontant jusqu'à la narine, et qui était là comme la trace d'une division inachevée. Les bords de la division étaient également tapissés de ce tissu rosé; ils s'écartaient beaucoup par en bas, et se continuaient avec le bord libre de la lèvre par un angle très-arrondi. Leur écartement laissait apercevoir l'incisive latérale gauche

à peine sortie de l'alvéole, et une brèche encore plus désagréable résultant de la perte de l'incisive médiane. Les deux lèvres avaient une remarquable épaisseur, qui augmentait encore près des bords de la division, comme si l'absence des dents avait favorisé en ce point l'hypertrophie de la lèvre. En essayant de rapprocher avec les doigts les deux portions de la lèvre, on les voyait s'enfoncer dans cet endroit; et la forte encochure laissée sur le bord labial montrait assez la difficulté que sa restauration éprouverait par le procédé ordinaire. Il importe aussi de noter une disposition assez fréquente et dont les auteurs n'ont pas tenu compte: le rebord rouge et muqueux de la lèvre ne se continuait pas directement jusque vers la solution de continuité, comme cela aurait eu lieu, par exemple, à la suite d'une section accidentelle; mais il se recourbait en haut vers la narine, en suivant l'angle arrondi du bec-de-lièvre, et diminuant peu à peu de largeur de façon à se perdre enfin dans le tissu rosé de la cicatrice dont il a été parlé.

Le malade mangeait et buvait sans difficulté; il était seulement gêné dans l'articulation des consonnes labiales.

Il fut opéré le 12 décembre de la manière suivante :

Il était assis sur une chaise en face du jour; le chirurgien debout devant lui. D'un premier coup de ciseaux je divisai le frein de la lèvre qui descendait un peu trop bas, et d'un second coup je prolongeai le bec-de-lièvre en haut jusque sous la narine. Alors, me portant du côté gauche du malade pour faire agir les ciseaux de haut en bas, je procédai à l'avivement, en commençant dans l'incision même que je venais de faire, et continuant jusqu'à 2 millimètres du bord libre de la lèvre. L'avivement se fit avec autant de promptitude et de facilité que par la méthode ordinaire, et je n'avais entamé les chairs ni plus ni moins; seulement je pris grand soin de longer parallèlement l'angle arrondi qui joint le bec-de-lièvre au bord labial, afin d'avoir des lambeaux partout également épais, et d'arriver près du bord de la lèvre dans le point où il est encore horizontal. Pour cela il fallut de chaque côté deux coups de ciseaux, l'un qui arrivait jusqu'à l'angle, et l'autre qui contournait cet angle, de telle sorte qu'en réalité la plaie à réunir se composait de trois sections, dans une direction verticale d'abord, puis de plus en plus oblique, sans compter la surface saignante des petits lambeaux restés pendant de chaque côté et qui avaient encore une direction différente; mais, dès l'application de la première épingle que je plaçai tout en bas de la portion cutanée de la lèvre, la réunion se fit exactement; et comme les petits lambeaux ne tenaient que par un très-mince pédicule, leur renversement de haut en bas et leur affrontement face à face n'offrit pas la moindre difficulté.

La lèvre étant à la fois très-haute et très-épaisse, j'ajoutai deux autres épingles au-dessus de la première, après quoi je m'occupai de mes lambeaux. Ils m'offraient beaucoup plus de substance qu'il n'en était besoin pour combler le déficit de la lèvre; je les taillai donc à loisir avec les ciseaux, de manière à en garder juste ce que je jugeai convenable, et en leur donnant aussi la forme qui me plut. Je les réunis alors par deux points de suture entrecoupée en avant; un troisième en arrière; et je regardais l'opération comme finie, lorsqu'en y jetant un dernier coup d'œil, je m'aperçus que le bord d'un de ces petits lambeaux dépassait l'autre peut-être d'un demi-millimètre. Cela eût nui à la régularité de la cicatrice; c'est pourquoi je passai de l'un à l'autre une épingle à insectes, l'enfonçant moins dans le bord trop saillant et davantage dans l'autre, pour les ramener exactement au même niveau; et après avoir coupé les pointes de toutes mes épingles, sans autre bandage ni appareil je renvoyai le malade à son lit. Seulement je lui récommandai de s'abstenir de tout mouvement des lèvres, et je ne lui donnai que des potages.

Le 2e jour il apparut un léger gonflement autour des épingles; le lendemain il avait disparu; seulement à gauche de l'épingle à insectes l'épiderme paraissait soulevé par une gouttelette de pus. Je le divisai avec la pointe d'une aiguille, et le 4e jour j'enlevai les épingles et les points de suture entrecoupée. Le 6e jour, les fils des sutures entortillées tombèrent, laissant voir une cicatrice complète encore rose et tendre, et offrant d'un

à 2 millimètres de largeur. Les jours suivants elle se recouvrit de petites croûtes jaunâtres, qui, en se détachant, la montraient de plus en plus solide et rétrécie. Le sujet ayant voulu absolument quitter l'hôpital le 26 décembre, je fis prendre le dessin de la lèvre restaurée, et je constatai les détails qui suivent :

La cicatrice d'union est linéaire en haut ; mais en s'approchant du bord muqueux de la lèvre, là même où a été placée la première épingle, elle prend tout à coup près de 2 millimètres de largeur. De là on dirait qu'elle se bifurque en manière de V renversé, circonscrivant un petit tubercule ferme, charnu, rosé, sur lequel il est impossible de reconnaître des traces de la cicatrice réelle ; et il faut avoir été témoin de l'opération pour savoir que ce tubercule est précisément le résultat de l'adossement des deux petits lambeaux flottants ; que la bifurcation apparente de la cicatrice tient au pli de renversement de ces lambeaux, et que la véritable cicatrice doit se trouver au milieu même du tubercule. La lèvre est plus fournie et plus épaisse du côté de l'opération que de l'autre. Quand la bouche est fermée, elle paraît aussi régulière que s'il n'y avait eu là, au lieu d'un bec-de-lièvre, qu'une incision réunie par première intention ; quand la bouche est ouverte, la plus grande épaisseur de la lèvre frappe aussitôt les yeux, ce qui paraît tenir surtout à ce qu'elle n'est point soutenue et comprimée par les dents incisives.

J'ai présenté ce malade, le 27 décembre, à la Société de chirurgie, qui a été frappée de la beauté du résultat. Un point que j'ai tenu particulièrement à faire bien constater, c'est cette absence de cicatrice visible sur toute la portion muqueuse de la lèvre, phénomène jusqu'à présent inouï dans l'histoire du bec-de-lièvre, et d'autant plus intéressant qu'il se rattache à une question beaucoup plus générale. J'avais écrit, dans mon *Anatomie chirurgicale*, d'après Travers et M. Reybard, que la muqueuse intestinale divisée n'est pas susceptible d'une réunion immédiate ; des expériences directes m'ont démontré depuis, non-seulement qu'elle se réunit à merveille, mais qu'après un certain temps écoulé il est impossible de retrouver de traces de la cicatrice. Pareille chose s'observe sur la conjonctive ; et il semble donc que les lèvres participent également à cette curieuse propriété. Je me propose de rechercher ce qui se passe à cet égard sur les autres muqueuses, et jusqu'à quel point cette réunion sans cicatrice pourrait être érigée en loi générale.

Je n'ai plus que quelques observations à ajouter. Agissant sur un bec-de-lièvre simple, je n'ai réservé de mes lambeaux que ce qu'il en fallait pour éviter l'encochure ; le petit tubercule dont j'ai parlé ne fait aucune saillie désagréable, et je l'avais réservé pour le cas où la cicatrice se rétracterait à la longue ; ce qui, d'après l'aspect inopiné de la réunion, ne me paraît aujourd'hui nullement probable. Mais si l'on avait affaire à un bec-de-lièvre double, on comprend quel parti l'on pourrait tirer, pour la création d'un tubercule médian à la lèvre, de ces deux lambeaux flottants qui offriront toujours plus de substance qu'il ne sera nécessaire.

Je me suis servi des ciseaux, que je regarde en tout état de cause comme bien préférables au bistouri. Il me paraît fort inutile de dire comment il faudra s'y prendre dans les diverses complications de la fente labiale ; tout se réduit d'ailleurs à ce seul point : aviver de haut en bas les deux portions latérales de la lèvre ; les autres, s'il y en a, devant être avivées à l'ordinaire. Le seul reproche qu'on ait fait à l'opération nouvelle porte sur la difficulté d'aviver de haut en bas ; je n'ai pu que répondre que je n'avais éprouvé de difficulté d'aucune espèce. Cependant, en vue de l'éluder, M. Monod a proposé de commencer par faire avec les ciseaux deux petites incisions transversales près du bord libre de la lèvre, lesquelles permettraient ensuite de faire agir l'instrument de bas en haut ; les deux petits lambeaux laissés vers le bas suffiraient à combler l'encochure, et il ne serait plus besoin de les retailler après. M. Huguier proposerait de se servir du bistouri, pénétrant d'un coup de pointe près du bord labial, et marchant ensuite de bas en haut jusqu'au sommet du bec-de-lièvre. Ces modifications sont ingénieuses et pourront sans doute être tentées avec succès. Cependant j'ai déjà dit que les ci-

seaux me paraissent plus commodes que le bistouri ; et quant au procédé de M. Monod, je préfère avoir à tailler mes lambeaux après le placement de la première épingle ; je suis plus sûr alors de la quantité d'étoffe rigoureusement nécessaire et plus maître de la tailler à mon gré.

J'ai ajouté plusieurs points de suture entrecoupée aux épingles classiques. Cela me paraît essentiel pour obtenir une réunion exacte ; et c'est en grande partie à l'absence de ces petits points qu'il faut attribuer, à mon sens, la cicatrice apparente qui suit les opérations ordinaires. Tout au rebours j'ai cru pouvoir m'abstenir d'une précaution fort recommandée par la plupart des chirurgiens, et je m'en suis fié à mes sutures, sans bandage, sans appareil, sans autre pansement. L'événement m'a justifié, c'est tout ce que je veux dire pour cette fois ; cette simplification n'étant que l'application d'une règle de conduite beaucoup plus générale, dont je me réserve d'exposer ailleurs tous les motifs et toutes les applications (1).

Mémoire sur deux cas de tumeurs volumineuses à la face fœtale du placenta ; *par* Ant. Danyau.

Les beaux travaux d'anatomie et de physiologie pathologiques qui font la gloire de notre époque ont porté leurs fruits partout. S'ils ont été féconds pour la médecine et la chirurgie proprement dites, ils ne l'ont pas été moins pour la science et l'art des accouchements. Intéressée à tous les progrès, heureuse d'y concourir quelquefois, toujours jalouse d'en profiter quand ils s'appliquent à l'objet de ses études, l'obstétrique ne néglige rien de ce qui peut lui conserver un rang élevé dans la science. Parmi les recherches dont elle a su utiliser les résultats, on peut mettre en première ligne celles qui sont relatives aux transformations successives des caillots sanguins. Appliquée à la détermination de la nature des tumeurs de forme, de volume, de consistance et de couleurs variables qu'on trouve sur les faces ou dans l'épaisseur du placenta, cette doctrine a provisoirement relégué dans les hypothèses sinon dans les impossibilités l'existence du squirrhe et des autres dégénérescences dont on trouve quelques exemples dans les auteurs. Trop d'observations démontrent l'origine de ces tumeurs, trop d'occasions se présentent d'étudier les diverses phases de leur formation sur un même placenta, pour qu'on ne soit pas maintenant parfaitement éclairé sur leur nature. Ce qu'on avait pris autrefois pour du squirrhe, du tubercule, de l'athérôme, de la graisse, n'est autre chose que du sang épanché ou infiltré dont la matière colorante et la partie la plus fluide ont été plus ou moins complétement résorbées, précieuse découverte qui n'est point restée stérile entre les mains des praticiens.

Ayant eu, pour ma part, l'occasion de multiplier à l'infini ces sortes de recherches, je m'étais toujours persuadé que l'explication si justement et si utilement trouvée, suffirait à tous les cas. Une heureuse rencontre m'a pourtant appris qu'il est des tumeurs dont il semble difficile de rattacher l'origine à un épanchement de sang, ou dont les caractères diffèrent au moins tellement de ceux des tumeurs qui reconnaissent cette dernière cause, qu'il est permis de leur supposer une autre nature et un autre point de départ. Au reste, sous ce double rapport, je n'ai encore que des conjectures à offrir. Deux faits, les seuls, à ma connaissance au moins, que la science comptera dans ses annales, sont loin de suf-

---

(1) La nouvelle méthode avait été communiquée et discutée à la Société de chirurgie, et ce mémoire était déjà livré à l'impression, lorsque j'ai appris de M. Roux qu'une idée toute pareille lui avait été communiquée par M. Clémot de Rochefort, et que lui-même l'avait appliquée sur deux sujets, après quoi il en était revenu à la méthode ordinaire, dans laquelle il trouve surtout l'avantage d'une plus grande célérité. L'idée de M. Clémot n'a jamais été publiée que je sache, et hors M. Roux, elle n'était arrivée à la connaissance d'aucun autre des chirurgiens de Paris. Le *Journal de Chirurgie* accueillera d'ailleurs avec empressement les communications que M. Clémot voudra lui adresser à ce sujet.

fire pour lever tous les doutes et asseoir un jugement définitif. On pensera peut-être que je n'aurais pas dû me hâter de publier le peu que j'ai vu, et qu'il eût été plus convenable d'attendre de nouveaux faits propres à jeter du jour sur les premiers. Je me serais certainement abstenu si j'avais pu espérer de nouvelles et prochaines rencontres. Mais le hasard, après m'avoir favorisé deux fois, réserve sans doute à d'autres des chances qui, dans un genre d'altération si rare, ne sauraient se multiplier pour un seul. Une plus longue attente pourrait être sans résultat pour moi et serait certainement sans profit pour les autres.

OBSERVATION Ire. — Une cliente de mon père, Madame M***, âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une excellente santé, vive, active, gaie, et, sous tous les rapports, dans la situation la plus heureuse, devint enceinte pour la troisième fois vers la fin de 1840. A sa première grossesse elle avait été infiltrée; mais elle ne l'avait point été à la seconde. Rien de particulier n'avait signalé les premiers mois de cette troisième grossesse; mais au delà de la première moitié, son ventre s'était développé si rapidement, qu'avant le 7e mois révolu il était au moins aussi volumineux qu'à terme. A mesure que le ventre grossissait, les extrémités inférieures s'infiltraient. Cet œdème devint bientôt très-considérable. La distension du ventre continua jusqu'au 7e mois, et détermina alors (7 juillet 1841) des contractions utérines prématurées. Une prodigieuse quantité de liquide s'écoula après la rupture des membranes, et bientôt après fut expulsé un enfant vivant, mais très-petit et qui succomba au bout de trois quarts d'heure. Madame M*** était alors à la campagne à Sèvres, et reçut d'abord les soins d'un habile médecin du pays, M. le Dr Drammont. Elle n'était point encore délivrée lorsque mon père arriva auprès d'elle. Le placenta détaché et tombé sur l'orifice résista aux tractions méthodiques exercées sur le cordon. Il finit cependant par céder, franchit le col, et fut ensuite facilement entraîné au dehors. La difficulté qu'avaient momentanément présentée cette extraction tenait au volume du placenta, assez considérable par lui-même, et notablement augmenté encore par la présence de la tumeur que nous allons décrire.

Le placenta, presque circulaire, a 24 centimètres sur 20 environ. L'insertion du cordon ombilical est à peu près centrale. — Sur la face fœtale, au voisinage de la circonférence, on voit, recouverte par les membranes amnios et chorion, une tumeur ovoïde de 11 centimètres de longueur sur 8 centimètres de largeur. Tout près de sa partie externe ou extra-placentaire, les membranes qui la recouvrent sont détachées; mais il est facile de voir qu'en cet endroit même elle leur était sous-jacente. Sa surface est parcourue par quelques grosses branches, artères et veines, des vaisseaux ombilicaux dont plusieurs ramifications pénètrent sa substance presque jusqu'au centre. La tumeur est légèrement lobulée à l'extérieur. Outre l'enveloppe que lui forment les membranes et spécialement le chorion épaissi par places, elle a une enveloppe générale, mince superficiellement, plus épaisse du côté qui repose sur le placenta, qui se déchire facilement quand on cherche à en enlever des lambeaux, et qui paraît formée de lymphe plastique plus ou moins condensée. Fendue dans le sens de son plus grand diamètre, cette tumeur paraît composée de lobes fortement agglomérés et intimement adhérents, les uns d'un blanc sale, les autres d'une teinte rose pâle ou foncée, d'un tissu homogène très-serré, semblable à du tissu squirrheux, criant sous le scalpel, analogue dans quelques parties à la substance corticale des reins dont il rappelle la couleur et la consistance, comme mêlé par places de couches de fibrine concrète, offrant aussi au milieu des parties les plus colorées des orifices vasculaires dont quelques-uns sont encore remplis par des caillots.

Tout près de cette première tumeur dont elle est à peine distincte, et touchant à la circonférence même du placenta, existe une autre tumeur également sous-jacente aux membranes et appliquée sur la face fœtale. Son volume est celui d'une grosse noix. Elle est enveloppée d'une couche de fibrine mince du côté du placenta, épaisse du côté superficiel, où elle n'a pas moins de 6 à 8 millimètres. Cette enveloppe fibrineuse ajoute sensiblement au volume de la tumeur; elle est molle, d'un jaune pâle et un peu infiltrée. Le noyau central est d'un tissu partout homogène, d'un blanc sale ou rosé, sans injection vasculaire, consistant comme du squirrhe ou plutôt comme la substance corticale du rein.

La partie du placenta sur laquelle reposent ces tumeurs est déprimée; les tumeurs peuvent en être détachées et comme énucléées avec la plus grande facilité. Le tissu de cette partie du placenta est très compacte. Deux cotylédons altérés correspondent à la grosse tumeur, un à la petite. Celui-ci l'est au plus faible degré; le tissu qui le compose est plus serré, plus grenu, plus rouge que le tissu placentaire sain; le cotylédon qui vient immédiatement après

offre divers degrés d'altération; cette altération est dans quelques points la même que celle que je viens de décrire; ailleurs le tissu est plus serré, plus décoloré, d'une plus grande compacité. Le 3e cotylédon offre à son centre un caillot noir très-dense, du volume d'une grosse noisette, très-adhérent au tissu environnant qui est d'une compacité extrême, d'autant plus considérable qu'on s'approche davantage de la superficie; la teinte du caillot va graduellement en s'affaiblissant dans le même sens.

Sur trois points de la face utérine du placenta, petits épanchements sanguins peu épais et peu étendus en surface, caillots anciens et à peine colorés, sous-jacents à la caduque inter-utéro placentaire et pénétrant à peine dans le tissu du placenta.

Le reste du placenta est sain.

La pièce que je viens de décrire me sembla si extraordinaire et il me parut si important d'en conserver l'exacte représentation que je la fis remettre immédiatement à M. le docteur Félix Thibert, afin qu'il la reproduisît suivant son procédé, me réservant de l'examiner et de la disséquer plus tard, comme je le fis en effet quelques jours après. Chacun peut s'en procurer une copie au Musée de la rue Montparnasse, où elle a déjà été distinguée, comme elle devait l'être, par beaucoup de médecins.

J'ajouterai, pour ce qui concerne madame M***, que les suites de couches furent très-heureuses, que l'infiltration disparut promptement, et que le rétablissement fut plus rapidement complet qu'à la suite des précédents accouchements, si bien qu'au bout de quinze jours madame M*** avait pu se faire porter dans son jardin et qu'elle ne tarda pas à s'y promener.—Dès le mois de septembre suivant elle redevint enceinte, et bien que, dans les premiers mois, la grossesse ait été menacée par des pertes dont les retours mensuels avaient d'abord laissé quelques doutes sur le véritable état des choses, elle n'en parcourut pas moins toutes ses périodes, et l'accouchement eut lieu à terme, le 16 juin 1842. Dans les derniers temps le ventre était énorme, mais il n'y avait point d'infiltration. Au moment de l'accouchement il s'écoula une très-grande quantité d'eau, et l'enfant qui naquit pesait 4 kilogr. 900 grammes. Le placenta ne présentait rien de particulier. Enfin, pour compléter ce qui est relatif à madame M***, je dirai qu'en Limousin où elle était allée passer l'été, elle a fait, il y a deux mois et demi, une fausse couche qui paraît avoir été déterminée par une émotion morale, et dont les produits n'ont rien offert d'analogue à ce que nous avons précédemment décrit.

Observation IIe. — La nommée P***, âgée de 39 ans, ouvrière, blonde, bien réglée et ordinairement bien portante, est déjà mère de deux enfants qui sont nés à terme, vivants et en bon état. Pendant sa troisième grossesse, au terme de laquelle elle est parvenue, elle a été presque toujours souffrante, sans être positivement malade. Son ventre a toujours été médiocrement volumineux, modérément tendu. Ses extrémités inférieures ne sont point infiltrées. Elle est pâle, assez maigre, quoiqu'elle n'ait point été éprouvée par des chagrins, des privations ou des fatigues extraordinaires.

A son entrée à la Maternité, 17 juin 1843, 9 heures du matin, elle était en travail et les membranes étaient rompues depuis deux heures. Deux mois auparavant elle avait fait une chute dont les suites n'avaient rien offert de particulier; mais, depuis huit à dix jours, elle ne sentait plus les mouvements de son enfant, et en effet tout annonçait qu'il avait cessé de vivre. Sans insister sur les signes qui ne laissaient point de doute à cet égard, je signalerai seulement la couleur rosée du liquide amniotique qui s'écoulait continuellement *en grande quantité*.

Quoique les contractions fussent peu énergiques, trois heures suffirent pour compléter la dilatation encore très-peu avancée lors de l'arrivée à la salle d'accouchement. A midi la tête franchit l'orifice, et quelques minutes après fut expulsé un fœtus mort, dans un état de putréfaction avancée, pesant 3 kilogr. 250 gr., évidemment très-près du terme de neuf mois.

Après l'expulsion de l'enfant, l'utérus resta un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, ce qui fit croire un instant qu'il contenait un second enfant. L'état de resserrement général de l'organe fit bientôt abandonner cette idée, et à peine dix minutes s'étaient-elles écoulées, que quelques contractions rapprochées poussèrent le placenta dans le vagin et l'expulsèrent complétement sans qu'aucune traction eût été faite sur le cordon.

A ce placenta, qui n'offrait d'ailleurs d'autre altération de son tissu que cette décoloration

partielle qu'on observe si souvent dans cet organe, lorsque le fœtus a depuis quelque temps cessé de vivre, à ce placenta, dis-je, était attaché, du côté de la face fœtale et près de la circonférence, une tumeur, sous presque tous les rapports, semblable à celle que nous avons décrite dans notre première observation.

Le placenta, de forme à peu près elliptique, a 22 centimètres de longueur, sur 13 de largeur. Sa plus grande épaisseur est de 27 millim. Il n'est point infiltré ni hypertrophié. Le cordon, fixé à peu de distance de la circonférence, est gros, mou, infiltré, de couleur brune, comme cela s'observe dans le cas de mort et de putréfaction du fœtus dans le sein de sa mère. Sur une portion de sa face fœtale, entre cette face et les membranes chorion et amnios soulevées, existe une tumeur faiblement adhérente au tissu placentaire, puisque les simples efforts de l'accouchement ou de la délivrance ont suffi pour rompre presque complétement ces adhérences. Cette tumeur, qui déborde de quelques millimètres la circonférence du placenta, est allongée dans le sens de cette circonférence; sa longueur est de 13 centimètres, sa largeur de 85 millimètres, son épaisseur de 60. Sa surface libre est inégale, lobulée, sillonnée, sa surface adhérente aplatie; sa consistance uniforme et très-grande rappelle celle du rein, mais elle est sensiblement plus considérable. Une veine volumineuse, dilatée, partant de la base même du cordon et semblant n'être autre chose que la continuation même de la veine ombilicale plutôt qu'une de ses branches, s'avance vers la tumeur, se relève pour longer un sillon qu'on voit sur le milieu environ de la portion de la surface libre de cette tumeur qui est tournée vers le centre du placenta, le remplit complétement, et finit là où il se termine lui-même. Cette veine, dans toute la portion qui rampe sur le placenta, contient du sang demi-fluide ou en caillots. Un de ces caillots allongés, de 60 millimètres environ de longueur, de 5 à 6 millimètres de largeur, d'une épaisseur à peu près égale, paraît ancien si on en juge d'après sa décoloration au centre surtout, et semble s'être formé avant la mort du fœtus, à voir l'adhérence très-intime qui l'unit aux parois de la veine. A peine deux ou trois petites branches émanent-elles de cette grosse veine pour aller se distribuer dans le tissu du placenta. La portion de ce vaisseau qui est couché sur le sillon n'est libre que dans une partie de son étendue; l'autre est intimement adhérente au sillon, et, quand on fend la veine, on voit que sa portion adhérente est criblée d'un grand nombre d'ouvertures arrondies ou allongées, origines des branches qui pénètrent perpendiculairement ou obliquement dans l'épaisseur de la tumeur. Du cordon ombilical part également une artère presque aussi dilatée que la veine, comme elle remplie de sang demi-fluide et en caillots, qui longe la face fœtale du placenta en ne fournissant à cet organe qu'une ou deux branches très-ténues, arrive à la tumeur, s'y plonge directement vers le milieu de la hauteur, pénètre presque à son centre en conservant un gros calibre, si intimement adhérente au tissu qu'elle semble en faire partie, et se termine en formant une sorte de sinus, comme la veine porte.

La tumeur tient particulièrement au placenta par les deux vaisseaux qui s'y rendent. Trois ou quatre filaments blanchâtres réunis en faisceaux solides, de 50 à 55 millimètres de long, et qui ne semblent être autre chose que les pédoncules hypertrophiées de quelques villosités choriales, se rendent de la portion déprimée du placenta à la tumeur, au point d'immergence des vaisseaux. Les autres moyens d'union ne consistent que dans des filaments celluleux que le poids de la tumeur a suffi pour rompre. L'empreinte qu'offre la portion du placenta sur laquelle elle était appliquée est assez profonde, un peu irrégulière comme la base même de la tumeur. On voit qu'une assez forte compression a été exercée sur le tissu qui n'est pourtant pas d'une compacité très-considérable et n'offre d'ailleurs aucune altération remarquable.

Aucune enveloppe propre, aucune exsudation plastique n'entoure la tumeur. Les membranes amnios et chorion sont les seules qui la couvrent. Comme elle déborde un peu la circonférence du placenta, il est probable que, dans l'utérus, elle était en rapport, dans une portion de son étendue, avec la paroi utérine, dont elle était peut-être séparée par une couche fine de membrane caduque.

Le tissu de la tumeur est d'une couleur gris cendré parfaitement uniforme, qu'on retrouve partout tant à la surface que dans sa profondeur. Sa consistance que nous avons déjà indiquée est également partout la même; il crie sous le scalpel; partout la section en est nette et lisse; il se laisse difficilement entamer par le doigt: partout enfin on trouve un tissu cellulo-fibreux très-serré et très-dense, non lamellé. Dans quelque sens qu'on coupe la tumeur, on voit sur les deux tranches de la section de nombreux orifices de vaisseaux qui restent béants comme ceux des veines hépatiques, parce qu'ils sont adhérents au tissu de la tumeur, de même que les veines hépatiques sont adhérentes au tissu du foie.

La femme qui fait le sujet de cette observation sortit guérie au bout de huit jours.

Les deux faits que je viens de citer ont plusieurs traits de ressemblance. La tumeur avait à peu près le même volume dans l'un et l'autre cas ; dans l'un comme dans l'autre elle était appuyée sur une partie du placenta voisine de la circonférence, de manière à ce qu'une portion de sa surface fût en contact avec l'utérus ; dans tous deux les adhérences de la tumeur, autres que les adhérences vasculaires, étaient très-faibles, si faibles même qu'elle s'était détachée d'elle-même et sans efforts. Dans ces deux cas aussi la tumeur, sousjacente aux membranes chorion et amnios, était alimentée par des vaisseaux détachés du cordon ombilical lui-même ou du réseau vasculaire de la face fœtale du placenta. Les différences, beaucoup moins frappantes, consistent particulièrement dans la moindre homogénéité de tissu de la première tumeur, et dans l'absence autour de la seconde de cette couche de lymphe plastique qui enveloppait presque partout la première. Elles ne sont point assez tranchées pour qu'on ne puisse pas rapporter l'une et l'autre au même genre d'altération.

Mais quelle est cette altération? Quel en est le point de départ? Ces questions ne me paraissent pas faciles à résoudre.

Je me suis demandé si ces tumeurs n'étaient pas des produits monstrueux appartenant à une double conception. Mais cette hypothèse ne peut supporter un sérieux examen. Ces tumeurs sont en effet bien différentes de cette classe de monstres désignés par M. I. Geoffroy St-Hilaire sous le nom d'anidiens, et dont nous avons récemment observé un exemple à la Maternité. Les anides constituent une masse enveloppée de téguments parfaitement formés ; un cordon distinct et détaché s'y implante, et ne fournit plus après son implantation que de très-petites branches. D'ailleurs, et ceci tranche tout de suite la question, l'anide est en contact avec l'amnios ; les tumeurs que j'ai observées sont en dehors du chorion.

Mais si la tumeur n'était pas un monstre proprement dit, ne pouvait-elle pas être un de ces produits dégénérés de conception que les accoucheurs désignent sous le nom de môle charnue ? Evidemment cela ne pouvait pas être non plus. D'abord il est manifeste que ce ne pouvait être une môle dépendant d'une conception antérieure. Ce n'était pas davantage une môle formée en même temps qu'un autre produit de conception régulièrement développé. Les descriptions que j'ai données prouvent que, dans cette hypothèse, les deux placentas auraient été distincts. Or, dans ce cas, il n'y a jamais de communications vasculaires d'un placenta à l'autre. Ce n'est donc pas aux dépens de vaisseaux appartenant au placenta normal que l'autre aurait pu végéter.

Il ne viendra à l'esprit de personne de penser que ces tumeurs appartenaient à l'utérus ; car tout prouve qu'il n'y a eu entre eux que simple contact et non pas communauté de circulation.

Si la caduque est susceptible de quelques dégénérescences, les transformations qu'elle subit ne s'opèrent qu'à l'aide de son système circulatoire, qui a sa source dans l'utérus et qui n'a rien de commun avec l'appareil vasculaire qui couvre la face fœtale du placenta. On ne saurait donc attribuer les tumeurs que nous avons observées à une dégénérescence de la caduque.

S'agit-il enfin d'un squirrhe véritable ou d'une autre altération organique? C'est un point sans doute que je ne voudrais pas résoudre par la négative. Car il ne faut pas nier la possibilité d'un fait par cela seul qu'il peut paraître douteux et parce qu'une autre explication se présente. J'avoue pourtant que je ne suis pas disposé à adopter cette opinion. D'abord le tissu n'est pas parfaitement analogue soit à un squirrhe, soit à un autre produit hétérogène connu. Ensuite, comment supposer, chez deux femmes, la première surtout, parfaitement saines, la formation rapide d'une tumeur d'un genre qui donne lieu de croire à une atteinte plus ou moins profonde de l'économie, lorsque l'on voit l'une d'elles, celle que nous avons pu suivre depuis cette grossesse, conserver sa belle santé, devenir presque aussitôt enceinte, arriver à terme malgré quelques traverses, et accoucher d'un enfant d'un volume extraordinaire qu'elle nourrit avec succès !

Cherchons donc si nous ne trouverons pas une explication plus naturelle et plus rassurante.

Les épanchements de sang à la face fœtale du placenta ne sont pas rares; ils peuvent y exister à divers degrés d'ancienneté. C'est ordinairement sous forme de plaques d'un blanc jaunâtre qu'on les trouve. Ces plaques sont *sous-jacentes à l'amnios et au chorion.* Ces épanchements ne sont point ordinairement considérables; ils le sont même le plus souvent fort peu, surtout comparativement à ceux qui se forment dans la substance même du placenta et dans quelques cas rares sur l'autre face. Si l'on considère qu'en se transformant les caillots se resserrent et diminuent, les tumeurs que nous avons observées, en supposant que ce ne soient que des épanchements de sang transformés, auraient dû avoir, au moment de leur formation, un volume énorme, tel même qu'il n'est pas probable que la vie du fœtus, quelle que fût d'ailleurs la source du sang épanché, eût pu résister à une pareille hémorrhagie. Ce n'est donc pas là une hypothèse admissible. D'ailleurs, ces tumeurs diffèrent tout à fait des caillots ordinaires et des transformations habituelles qu'ils subissent. Elles sont organisées, elles ont une circulation largement établie, et elles se sont développées en prenant leur part des matériaux nutritifs qui affluent vers le placenta. Mais les caillots ne s'organisent-ils pas quelquefois eux-mêmes, et cette organisation n'est-elle pas admissible ici plus que partout ailleurs, dans des parties où la force formatrice, le *nisus formativus*, est si prononcé? Ainsi s'expliqueraient d'ailleurs la situation des tumeurs que j'ai décrites, entre les membranes et le placenta, et la facilité avec laquelle on pouvait les énucléer. La grande homogénéité de ces tumeurs, la nature particulière de leur tissu me semblent favorables à cette manière de voir qui a l'avantage de tout rattacher à une cause déjà connue. D'où vient l'enveloppe de lymphe plastique qui entourait la première tumeur? Il ne faut pas vouloir tout expliquer Je me demande pourtant si ce ne seraient pas les restes d'un caillot qui se serait moins complètement organisé que dans le second cas. Je n'attache, au reste, aucune importance à cette explication. Il me suffit d'avoir montré que la présence de tumeurs d'apparence anormale n'attaque en rien et qu'elle peut au contraire confirmer la doctrine si heureusement généralisée des transformations que subissent les caillots sanguins formés dans l'épaisseur ou à la surface du placenta. Je ne m'exagère point toutefois la valeur de l'opinion que je viens d'émettre Je suis le premier à reconnaître qu'elle est une simple conjecture; mais j'espère que de nouveaux faits lui fourniront tôt ou tard la démonstration sans laquelle elle ne saurait prendre rang dans la science.

Quelques questions se présentent encore que l'insuffisance des matériaux ne me permettra pas de résoudre d'une manière satisfaisante. Quelle est l'influence de ces tumeurs sur la grossesse, l'accouchement, la délivrance, les suites de couches? Existe-t-il quelque moyen de les reconnaître?

On a vu que dans un cas la grossesse fut compliquée d'hydropisie de l'amnios et d'infiltration des extrémités inférieures. Les maladies, quelles qu'elles soient, du placenta, donnent quelquefois lieu à de pareilles complications; par conséquent, il n'y aurait ici rien de spécial; mais c'est peut-être aussi parce qu'il n'y a rien dans ces tumeurs qui ne se rattache aux cas plus communs d'altérations de cet organe. Dans le second cas il n'y avait point d'infiltration des membres abdominaux, et les eaux assez abondantes ne paraissent pas l'avoir été pourtant au point de constituer une hydropisie: par conséquent il n'y aurait sous ce rapport rien de constant. Si la grossesse n'est pas parvenue à son terme, dans le premier cas, c'est bien plus à la distension de l'utérus produite par l'hydropisie de l'amnios qu'à la présence même de la tumeur qu'il faut l'attribuer; car, dans le second cas, l'enfant est parvenu jusqu'à terme. S'il a cessé de vivre quelque temps avant sa naissance, rien ne prouve qu'il faille l'attribuer à la présence de la tumeur restée jusque-là inoffensive.

L'accouchement dans les deux cas a été facile et prompt. L'influence de la tumeur sur la contractilité utérine paraît donc avoir été nulle. Les deux femmes étaient multipares. L'issue eût-elle été la même si elles eussent été primipares? Cela est au moins très probable.

La délivrance a dans le premier cas présenté quelques difficultés. Dans le second elle

s'est opérée tout à fait spontanément. On conçoit cependant qu'il arrivera le plus souvent que les tractions sur le cordon éprouveront plus ou moins de résistance.

Les suites de couches ont été dans les deux cas très-heureuses ; le rétablissement a été chaque fois facile et prompt. Tout fait présumer qu'à moins de complications étrangères ou d'accidents il en sera de même dans tous les cas.

Quant au diagnostic, je ne pense pas qu'il y ait, avant la sortie de l'enfant, quelque moyen de l'établir, et le traitement par conséquent s'adressera bien plutôt à des symptômes communs à d'autres états qu'à une tumeur positivement reconnue ou même simplement soupçonnée. D'ailleurs le diagnostic fût-il possible, le traitement devrait bien plus encore être dirigé contre les effets du mal que contre le mal lui-même. Je ne vois pas non plus que la prophylaxie puisse avoir rien de spécial.

Mémoire pratique sur le Cysticerque *(Cysticercus cellulosæ), observé dans l'œil humain; avec quatre observations inédites de l'auteur;* par le docteur **Sichel.** (Deuxième article.)

III. — Histoire complète du cysticerque logé sous la conjonctive de l'œil humain, déduite de toutes les observations connues jusqu'à présent.

§ I. *Énumération des cas de cysticerques placés sous la conjonctive qui ont été observés jusqu'à ce jour.* — Ces cas sont au nombre de huit. Nous en donnerons l'énumération par ordre chronologique, en indiquant avec exactitude les sources originales auxquelles nous avons eu soin de toujours puiser. Dans les citations que nous aurons à faire dans le cours de notre travail, nous désignerons chaque observation par son numéro d'ordre.

1er *cas*, par M. Baum de Dantzig, observé le 3 mars 1838 et rapporté par M. C. Th. de Siebold, dans la *Gazette de la réunion médicale de Prusse*, publiée à Berlin, 1838, n° 16, 18 avril.

2e *cas*, par M. Estlin de Bristol, publié dans la *Gazette médicale de Londres*, 25 août 1838, p. 839.

3e *cas*, par M. Hœring de Ludwigsburg (en Wurtemberg), observé en juin 1838, communiqué au cercle médical du Wurtemberg dans sa séance du 27 mai 1839, et publié en entier dans la *Feuille de correspondance* (*Correspondenzblatt*) *médicale* du Wurtemberg, t. 9, n° 25, p. 169. Cette observation a été reproduite en entier, autant que je puis en juger, dans le *Journal mensuel* (*Monatsschrift*) *de M. d'Ammon*, t. 2, 1839, p. 466.

Le 4e *cas* est le deuxième de M. Estlin. (*Gazette médicale de Londres*, 27 mars 1840, p. 35.)

5e *cas*, de M. Cunier de Bruxelles, observé le 20 août 1841. (*Annales d'Oculistique*, t. 6, p. 271, mars 1842.)

6e, 7e et 8e *cas*, observés par moi les 22 juin 1842, 27 janvier et 3 octobre 1843. (Voir au volume précédent, p. 404, II.)

Presque toutes ces observations ont été reproduites par un grand nombre de journaux, français et étrangers. Quelques-uns de ces premiers les ont rapportées si incomplétement et avec tant d'inexactitude qu'il en est quelquefois résulté des contre-sens. En outre, des citations inexactes et multipliées des mêmes observations ont donné lieu, ici comme dans d'autres circonstances analogues, à des doubles emplois et à la supposition d'un nombre de cas au-dessus de la réalité. Ainsi une observation, citée par plusieurs journaux comme relatée dans les notices de Froriep (1838, n° 170), n'est qu'un extrait de l'un des faits de M. Estlin. L'un des rédacteurs de la *Gazette médicale de Paris* (1840, n° 49, p. 776), après avoir analysé le deuxième cas de M. Estlin, ajoute: « D'autres observations pareilles se trouvent encore dans notre journal, sans que nous puissions les préciser ici. L'une entre autres a été recueillie sur une jeune négresse des Antilles françaises. » Evidemment, par une erreur de mémoire, le rédacteur a confondu avec le cysticerque un filaire observé sous la conjonctive par M. Guyot. Outre les

huit cas ci-dessus énumérés, il n'en existe point d'autres dans les fastes de la science, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par de longues et minutieuses recherches.

§ II. Sous le rapport *des pays où ils ont été rencontrés*, ces huit cas se répartissent de la manière suivante :

En Allemagne deux, savoir : un dans le Nord (Prusse occidentale), par M. Baum à Dantzig, et un dans le Midi (Wurtemberg), par M. Hoering à Ludwisbourg.

En Angleterre deux, l'un et l'autre à Bristol, par le même médecin, M. Estlin.

En Belgique un, à Bruxelles, par M. Cunier.

En France trois, tous à Paris et par moi.

On voit que de ces circonstances on ne peut tirer aucune conclusion générale.

§ III. *Les deux sexes* ont été affectés dans la même proportion. Quatre des individus atteints appartenaient au sexe masculin, quatre au sexe féminin.

§ IV. L'*âge des malades* a varié dans une très-grande étendue ; toutes les époques ont été représentées, à l'exception de la vieillesse. Il y a eu un petit garçon de seize mois, quatre petites filles, une de six ans, une de six ans et demi et deux de sept ans ; un adolescent de dix-sept ans, une jeune fille de vingt-trois ans et un homme dans la force de l'âge (quarante-six ans). Tout impossible qu'il soit de se livrer à des inductions statistiques sur un nombre de faits aussi restreint, il n'en reste pas moins remarquable que, quatre fois sur huit, la maladie a eu pour sujet des petites filles de six à sept ans. Il sera permis de supposer qu'ici, comme dans toutes les affections vermineuses, l'enfance, et surtout le sexe féminin des enfans, constitue une des principales prédispositions. Cette observation semble gagner de force, en ce qu'elle se répète pour le cysticerque observé dans les chambres du globe oculaire.

§ V. L'*œil affecté* a été six fois le *droit*, quatre fois sur des filles, deux fois sur des garçons ; et deux fois le *gauche*, une fois sur une petite fille, l'autre sur un homme. Ici, comme pour la plupart des états pathologiques, l'œil droit a été plus fréquemment affecté, tandis que l'œil gauche, lorsqu'il y a inégalité dans l'exercice de la fonction visuelle, est ordinairement le moins fort. Hâtons-nous toutefois d'ajouter qu'en nous permettant ce parallèle, nous le faisons moins d'après un calcul statistique exact que de mémoire et d'après une appréciation sommaire.

§ VI. Sous le rapport de la *profession des malades*, il y a encore moins de matière à des conclusions statistiques positives que sous les autres points de vue. Cinq des malades n'étaient point encore d'âge à exercer un état ; l'un, par sa haute position sociale, n'en avait aucun. Des deux autres, l'une était probablement domestique et l'autre militaire.

§ VII. Rien de positif n'a pu être constaté sur *les causes*. Quant aux *causes indirectes* (*prédisposantes*), à part l'influence du jeune âge et du sexe féminin qui, l'un et l'autre, peuvent être considérés comme donnant une certaine prédominance au système lymphatique, il ne semble y avoir eu rien dans la santé générale des malades qui pût faire croire à une disposition scrofuleuse ; elle ne présentait rien d'anormal, autant qu'on peut en conclure du silence gardé sur ce point par les auteurs. Mes deux premiers malades jouissaient d'une constitution robuste et sanguine et d'une santé parfaite, même la petite fille âgée de sept ans. Le seul sujet de ma troisième observation était affecté de dyspepsie et de fièvre, mais d'ailleurs sans autre infirmité. Chez aucun des malades on n'a observé d'entozoaires dans les intestins.

Les *causes directes* (*occasionnelles*) ont été totalement inconnues quatre fois sur sept. De ce nombre est l'un de mes deux cas (nº 6), où la mère, minutieusement interrogée à plusieurs reprises, ignorait complétement ce qui pouvait avoir produit la tumeur sur sa fille âgée de sept ans, et a surtout déclaré catégoriquement que l'enfant n'avait point reçu de coup ni fait de chute sur l'œil affecté ou les régions voisines. Dans trois autres cas, une lésion traumatique a été en jeu, sans que pour cela on puisse lui attribuer positivement et exclusivement la production de la maladie. Vu l'importance des agents

pathogénétiques pour la thérapeutique et la prophylaxie, on nous pardonnera, nous l'espérons, de nous arrêter un moment à la recherche de la part que les lésions traumatiques et la phlegmasie peuvent avoir eue dans la production des entozoaires dont ils ont précédé le développement.

Dans le troisième cas (Hœring), la tumeur ne fut découverte que neuf mois environ après une contusion superficielle du voisinage de l'œil affecté. Bien qu'il existe ici une grande analogie avec les causes des cinquième et septième cas, néanmoins dans le sixième que nous venons de citer, identique par le sexe et l'âge du sujet, rien de semblable n'avait été observé, argument que feront valoir ceux qui persisteront à attribuer la génération du parasite plutôt à l'âge de l'individu qu'à toute autre cause.

Ce sont surtout les cinquième et septième cas (Cunier et l'auteur), dont l'examen attentif pourra peut-être nous amener à quelques données moins vagues sur le rôle que les blessures et la phlogose jouent dans la formation des tumeurs habitées par le cysticerque. En comparant attentivement ces deux observations entre elles et avec les autres, je crois en effet arriver à une conclusion qui, tout hypothétique qu'elle reste, ne me semble pourtant pas dépourvue de probabilité, savoir : que la génération du cysticerque sous la conjonctive est due aux mêmes causes inconnues ou fort obscures que la production des entozoaires dans toutes les autres parties de l'économie, mais qu'une inflammation d'une partie circonscrite de cette membrane et du tissu cellulaire sous-jacent, en déterminant un afflux plus abondant de sang et de sucs nourriciers vers le point phlogosé, peut causer le développement de ce ver dans cet endroit. Des entozoaires microscopiques de différentes espèces ayant été trouvés récemment dans le sang (*Delle Chiaje*, *Gruby*, etc.), il se pourrait que les germes de ces animaux fussent déposés, avec ce liquide générateur, dans les organes, et que l'un de ces germes n'y trouvât son développement ultérieur que sous certaines conditions favorables, parmi lesquelles la congestion et la phlegmasie, traumatiques ou non, joueraient un rôle important. Peut-être qu'avec le temps cette simple hypothèse sera élevée au rang d'un fait positif par des recherches microscopiques fréquentes sur le sang et le tissu cellulaire sous-conjonctival des animaux et surtout du pourceau, chez lequel le cysticerque, comme on sait, est très-fréquent.

Passons à l'examen circonstancié des faits qui nous ont suggéré ces idées :

Dans le cinquième cas, un ophthalmologiste d'un savoir et d'une expérience étendus, en examinant attentivement, presque au moment d'une lésion traumatique fort douloureuse, la conjonctive d'un œil sain jusqu'alors, y trouve, sur la jonction de la sclérotique et de la cornée, un bourrelet de conjonctive chémosée d'environ un millimètre (demi-ligne) de diamètre, et, quelques minutes après, un fragment de la patte d'un *sphinx populi*, que l'ophthalmostate appliqué pour rendre possible l'examen de l'œil avait sans doute détaché de ce bourrelet et chassé dans le pli palpébro-oculaire. Le papillon lui-même est retrouvé; il lui manque un lambeau d'aile et deux pattes. L'ophthalmie traumatique se dissipe, au bout de quelques jours, par l'emploi de fomentations glacées, d'un purgatif salin, de la diète et d'un collyre saturné ; l'ecchymose qui entourait le bourrelet s'efface. Au sommet de ce dernier existe une légère ulcération, sans doute une érosion produite par le corps étranger; elle est cautérisée avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent et guérit; mais le bourrelet persiste, tout en s'aplatissant et en ne gênant en aucune façon. Cinq à six mois après l'introduction du corps étranger, le malade ayant contracté à Naples une ophthalmie catarrhale qui s'est dissipée après huit jours de traitement, « la tumeur de la conjonctive avait tout à coup augmenté de volume et pris l'aspect d'une vésicule. » Ponctionnée avec une aiguille à cataracte et cautérisée, elle s'aplatit de nouveau et reste entourée d'une vascularisation de la conjonctive; une pommade de précipité rouge est employée. Trois mois plus tard elle prend tout à coup un accroissement considérable, ***sans cesser d'occuper toujours le même endroit, sur la jonction des deux membranes oculaires, auquel avait été primitivement imitée l'action du corps étranger***. « En trente jours, cette vésicule était devenue grosse

comme un pois; elle avait empiété sur la cornée et gênait la vision. » C'est à la même place, beaucoup plus volumineuse, que la trouve, environ trois mois plus tard, M. Cunier qui en fait l'ablation.

N'est-il pas permis ici de penser que ce parasite, développé à l'endroit même qui a été le siége d'une lésion traumatique, constatée authentiquement au moment de l'accident, s'est formé, sous l'influence de cette phlegmasie et de ce surcroît de sucs nourriciers, d'un des germes déposés dans le tissu cellulaire sous-conjonctival?

Quelque chose de semblable paraît avoir eu lieu dans mon deuxième cas. Une conjonctivite existe, pendant trois mois environ, sur un homme robuste et sanguin, sans que la membrane soit plus injectée et plus tuméfiée dans un point particulier. Au bout de ce temps elle est considérablement augmentée par l'introduction d'un corps étranger entre les paupières; mais la tumeur vermineuse ne s'est formée qu'après quatre autres mois, et brusquement, à la suite de l'application d'un cataplasme émollient.

Dans ma dernière observation aucune cause mécanique n'avait agi sur l'œil; mais cet organe avait été, trois mois auparavant, le siége d'une opththalmie blennorrhagique pendant laquelle une ulcération de la cornée s'était formée. L'autre œil avait été malade à un degré beaucoup moindre et sans ulcération. Cette phlegmasie, plus intense dans l'organe occupé plus tard par l'helminthe, vient encore confirmer ce que nous venons de dire sur l'origine de cette singulière affection. Il est à noter que, dans ce cas, de la dyspepsie et de la fièvre coexistantes cessèrent promptement après l'opération.

En résumé, tout ce que nous savons sur les causes de l'affection qui nous occupe, c'est que l'ophthalmie, traumatique ou non, semble avoir une influence marquée sur sa production. Peut-être même que, dans les cas où les causes sont restées complétement ignorées, un point limité de la conjonctive a été frappé d'une blessure ou d'une inflammation d'assez peu d'intensité pour qu'elles aient pu passer inaperçues.

§ VIII. *La marche* de la maladie n'a pu être précisée dans quatre cas, les malades n'y ayant donné aucune attention. Dans un cas (nº 2) l'affection n'a été découverte que quelques jours, dans un autre (nº 3) que quelques semaines avant l'opération; dans ce dernier, neuf mois environ s'étaient passés depuis la contusion à laquelle le médecin attribuait la production de la tumeur vermineuse, et celle-ci avait presque déjà atteint le maximum de son volume. Dans un cas (nº 1) la tumeur était restée stationnaire depuis l'époque où la malade s'en était aperçue jusqu'à celle de l'opération. Dans le cinquième la marche était saccadée, dans le septième rapide, comme nous l'avons déjà exposé à l'occasion des causes. Une autre fois (nº 8) la tumeur, complétement développée, mais presque cachée sous la paupière supérieure, a été découverte quinze jours avant l'opération et trois mois après une ophthalmie qui semblait sa principale cause productrice.

§ IX. *Caractères anatomiques.—Le volume* de la tumeur a varié depuis celui d'un très-petit pois jusqu'à celui d'une fève de haricot. D'après ce qui a été dit sur la marche et la durée de la maladie, nous n'avons aucune donnée qui nous mette en état de décider dans quelle période de la maladie l'accroissement de la grosseur est le plus considérable. Il semble en général qu'elle peut rester longtemps stationnaire et que l'action des causes irritantes en accélère le développement.

La forme de la tumeur est le plus ordinairement sphérique, quelquefois transversalement allongée. On conçoit, d'après ce qui a déjà été dit à l'occasion des généralités zoologiques (voir le vol. précédent, page 402, I), que le plus souvent la tumeur extérieure doive se mouler sur la forme en général arrondie de la vessie de l'animal, et que sa figure plus ovalaire puisse dépendre de circonstances accidentelles, telles qu'une forme plus elliptique de la vessie caudale du ver, la présence d'une plus grande quantité de tissu cellulaire, et une irritation plus considérable dans le voisinage d'une partie quelconque de la vésicule de l'entozoaire, irritation qui augmente l'épaisseur de la partie correspondante du kyste fibreux et l'allonge dans cette direction.

Quant à *la position* de la tumeur, on l'a trouvée cinq fois dans l'angle ou vers l'angle

interne, une fois vers l'angle externe, et une fois entre cet angle et le bord externe de la cornée. Cinq fois elle suivait le diamètre transversal de l'œil; une fois (n° 3) elle était placée plus bas et, pendant la direction de l'œil en avant, presque entièrement cachée par la paupière inférieure; deux fois au contraire (n°s 1 et 8) un peu au-dessus, et en petite partie recouverte, quand l'œil était dirigé droit en avant, par la paupière supérieure. Dans un des cas où elle occupait l'angle interne (n° 4), elle était située entre les expansions tendineuses des muscles droits interne (1) et supérieur, au-dessus de la caroncule lacrymale, et ne pouvait être vue que lorsque l'œil était porté obliquement en dehors et en bas; pour la ponctionner, il fallait une pression considérable avec l'un des doigts de la main gauche, afin de la retenir dans une position où elle fût complétement visible.

De cette différence dans la position de la tumeur dépendaient quelques légères altérations de la vision, les seules qui aient été observées lorsque la cornée n'était point intéressée dans la maladie.

L'*aspect extérieur de la tumeur* varie un peu d'après l'épaisseur de la conjonctive et de la capsule de l'entozoaire. D'ordinaire elle est rouge pâle à sa surface antérieure, où elle présente même quelquefois une semi-transparence, lorsque la conjonctive et le feuillet antérieur du kyste fibreux sont minces. Dans un cas (n° 8) on pouvait même reconnaître à l'extérieur le disque blanc, formé par la tête et le corps rétractés de l'animal. La tumeur est opaque et plus rouge, quand la conjonctive (n° 4) et surtout le kyste fibreux sont épais. C'est ainsi que dans ma seconde observation (n° 7) il n'y avait pas de transparence, ce que j'ai oublié d'indiquer. La rougeur est plus forte à la circonférence vers laquelle se rendent parfois quelques vaisseaux d'un calibre plus gros venant de la conjonctive oculaire, qui est peu injectée dans le reste de son étendue. Avec la durée et le volume de la tumeur son injection augmente, par suite du froissement qu'y exercent les paupières et par l'action de causes accidentelles. Lisse et régulière à sa surface, elle ne se montre inégale et légèrement bosselée (n° 7) que lorsque l'épaisseur de l'enveloppe fibreuse est considérable, sans être la même sur tous les points. Elle ressemble beaucoup à une tumeur sarcomateuse avec laquelle on l'a aussi confondue (n° 2). Sa mobilité est quelquefois nulle, quelquefois assez grande, selon que les adhérences de sa face postérieure avec la sclérotique sont plus ou moins intimes et étendues. Dans mes trois observations, la mobilité était considérable, parce que les adhérences, bien que très fortes, n'occupaient qu'une partie de la face postérieure. Une fois (n° 8) cette mobilité semblait tenir en partie à ce que le feuillet antérieur du kyste était très-mince, ce qui permettait de le comprimer et de déplacer en apparence sa moitié antérieure, lors même que sa base ne changeait point de place.

L'élasticité et la rénitence de la grosseur au toucher varient selon les dimensions des parois de la capsule fibreuse. Plus elle a de consistance, plus aussi elle sera opaque.

Dans le seul cas où la tumeur occupait pour la plus grande partie la cornée (n° 5), ses caractères en ont été modifiés, ce qui nous engage à considérer à part cette variété de l'affection et de rapporter presque textuellement les paroles de M. Cunier (loc. cit., p. 274). « La tumeur avait la forme et le volume d'un grain de café et était placée pour la plus grande partie sur la cornée, dans la direction du diamètre transversal de cette membrane. Elle naissait à 3/4 de ligne en dehors de l'union scléro-cornéale, et s'étendait jusqu'au centre de la cornée; quatre ou cinq gros vaisseaux variqueux, venant du pli oculo-palpébral, s'y rendaient; du reste, pas de vascularisation du globe. L'aspect de cette tumeur ne pourrait être mieux comparé qu'à celui du bourgeon conjonctival que l'on remarque après l'opération du strabisme; elle était d'un rouge sarcomateux au pourtour, et comme transparente en son centre et dans sa portion scléroticale. »

Récapitulons en quelques mots les *caractères pathognomiques*. On pourra se pronon-

---

(1) C'est sans doute par une faute typographique que l'observation de M. Estlin porte : « *the abducens muscle* » pour « *adducens*. »

cer sans hésitation sur la présence d'un *cysticerque sous la conjonctive*, toutes les fois qu'on trouvera, vers l'un des angles et plus ou moins rapprochée du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de l'œil, une tumeur recouverte par la conjonctive, arrondie, rose pâle et semi-diaphane au centre où l'on reconnaîtra un disque blanchâtre circonscrit; que cette tumeur sera d'un rouge plus foncé et plus vascularisée à sa circonférence, élastique, mais peu dure, se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérente par le centre de sa face postérieure à la sclérotique. Dans ce cas on pourra en même temps s'attendre à trouver le ver entouré d'une enveloppe extérieure encore mince et fibro-séreuse à sa surface antérieure.

Lorsque la tumeur est plus rouge, plus vascularisée, plus dure, opaque et ovalaire, le diagnostic devient plus difficile; mais quand il est facile de la déplacer dans une certaine étendue et qu'elle ne présente point à sa surface de poils, de végétations ou d'excroissances cornées, on peut supposer, avec les plus grandes chances de ne point se tromper, qu'elle appartient à celles que nous venons de décrire. Nous croyons même que, parmi les tumeurs sarcomateuses ou vascularisées de la surface antérieure de l'œil qu'on a enlevées comme simples, il doit y en avoir eu un grand nombre qui contenaient des cysticerques qu'on a laissé passer inaperçus.

Quant aux *kystes de la cornée qui contiennent des vers vésiculaires*, je pense que, vu le peu d'épaisseur de la conjonctive cornéenne et la quantité minime de tissu cellulaire qui la tapisse, ils doivent toujours avoir une certaine transparence, que l'on pourra constater par l'examen dans un lieu obscur, et à l'aide d'une bougie placée à côté de la tumeur.

§ X. Les *caractères physiologiques* des kystes contenant des cysticerques sont peu nombreux et presque entièrement négatifs. Il n'existe aucune douleur spontanée, quelquefois seulement une sensation d'une légère pression (n° 1), ou d'une gêne lorsque les paupières se rapprochent. Au toucher la tumeur ne montre que la sensibilité ordinaire de la conjonctive. La vision n'éprouve point de trouble réel accompagné de changement dans la forme et mobilité de la pupille, mais seulement, dans quelques cas exceptionnels, une gêne dépendant de la position du kyste. Elle existe surtout quand celui-ci occupe l'angle interne (nos 1, 2 et 4), où il doit masquer, pour l'œil malade, certaines parties des objets placés droit en avant et surtout du côté opposé à l'organe affecté. Dans le deuxième cas, la malade ne pouvait voir que les objets placés en face d'elle ou en dehors, c'est-à-dire à droite, l'œil affecté étant le droit; ceux situés à gauche restaient invisibles. Cependant un autre malade (n° 7), qui aussi portait l'entozoaire du côté du grand angle, n'époruvait que de la gêne dans les mouvements du globe, sans aucun trouble visuel.

Il est naturel que, dans le cas unique où la plus grande partie de la tumeur occupait la cornée et s'étendait jusqu'à son centre, « la vision se trouvât fortement gênée, » absolument comme cela a lieu lorsqu'un ptérygion ou une excroissance opaque s'étendent jusqu'en face de la pupille. Dans ce cas aussi la tumeur n'occasionnait aucune douleur.

(La fin au prochain numéro.)

Sur deux luxations successives de la même rotule, *produites par l'action musculaire;* par **J.-S. Castara,** D.-M.-P., chirurgien et lithotomiste de l'hôpital Saint-Jacques de Lunéville.

A M. le Rédacteur du Journal de Chirurgie.

Lunéville, 4 novembre 1843.

TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Vous avez publié, dans le cahier de septembre de votre *Journal de Chirurgie*, une série d'observations sur les luxations par relâchement des ligaments.

Le n° X doit se rapporter à une observation qui m'appartient et que je recueillis en

1838 ; mais la relation sommaire que j'en ai lue, écrite d'après le récit fait par moi, dans le temps, à M. Putégnat et à d'autres médecins, n'est due qu'au souvenir. Il ne sera donc pas surprenant que la mémoire de mon estimable confrère ait pu le trahir au bout de plusieurs années, et le faire tomber dans l'erreur.

Ainsi, la luxation avec antéversion de la face articulaire de la rotule, au lieu de se trouver en dedans, s'était produite en dehors ; au lieu d'avoir été précédée d'un semblable accident, fut au contraire suivie, un an plus tard, d'une luxation incomplète en dehors. C'est dans l'unique but de rectifier ce fait et d'en donner une explication probable, que je vous envoie mes observations.

Obs. I.—*Luxation incomplète en dehors avec antéversion de la face articulaire.*

Le 24 août 1838, à neuf heures du soir, Mlle D***, âgée de 17 ans, grande, forte, bien conformée, d'un tempérament lymphatique, sans avoir jamais éprouvé aucune maladie des glandes, se pencha brusquement vers une table, pour atteindre un livre qui s'y trouvait au delà de la portée de sa main droite. Dans le mouvement rapide et violent qui s'effectua, cette jeune personne prit une attitude forcée : l'extrémité des doigts de la main gauche était posée sur la table, la jambe du même côté se dirigeant en arrière, le pied éloigné du sol, tandis que le membre pelvien droit, dans l'extension, *appuyant le côté externe de la rotule* sur le bord d'une chaise, supportait en quelque sorte tout le poids du corps incliné et lancé en avant.

Tout à coup, après un cri aigu provoqué par une douleur extrêmement vive dans le genou et la partie antérieure de la cuisse du côté droit, Mlle D*** se sent défaillir ; on la soutient, on l'assied ; la rotule était luxée : il ne fallut pour tout cela qu'un instant.

A mon arrivée, la malade, pâle, inquiète, se plaignait de douleurs que le moindre mouvement du membre augmentait beaucoup. Le genou se trouvait considérablement déformé, et la jambe, à demi fléchie, ne pouvait être que très-peu redressée. La rotule, déplacée en dehors, faisait dans ce sens une saillie de deux centimètres et demi ; elle avait un de ses bords sur le côté externe et supérieur de la poulie articulaire du fémur, et offrait un plan légèrement incliné de dehors en dedans et d'avant en arrière. On sentait à travers la peau la presque totalité de la poulie, car la rotule ne la recouvrait que dans une largeur de six à huit millimètres. Les téguments tendus sur la face présumée antérieure de l'os luxé permettaient d'y reconnaître, en examinant avec soin, des inégalités, deux dépressions latérales, séparées par une légère élévation longitudinale. Le tendon commun des extenseurs de la jambe formait, ainsi que le ligament rotulien, une corde arrondie, assez épaisse et dure.

Je crus, de prime abord, avoir affaire à une luxation incomplète en dehors ; mais ayant trouvé de la difficulté à réduire par le procédé ordinaire, et revenant à un examen plus attentif de la disposition des parties, je ne pus méconnaître un double déplacement de la rotule, c'est-à-dire une luxation en dehors avec antéversion de la face articulaire.

En conséquence, saisissant la rotule par ses deux faces, entre le pouce et l'index, je la sentis céder à un léger effort, et lui imprimant un mouvement de rotation d'arrière en avant et de dehors en dedans, elle se replaça d'elle-même pour ainsi dire et sans douleur.

Comme la réduction se faisait avec une certaine lenteur, il me fut facile d'en suivre la marche, de retenir aussi longtemps que je le voulus l'os luxé de champ, et d'acquérir la certitude qu'il était retourné.

La douleur cessa et les mouvements de la jambe se rétablirent immédiatement.

Des compresses imbibées d'eau végéto-minérale camphrée furent appliquées sur le genou, et maintenues par une bande médiocrement serrée. Il ne survint ni gonflement, ni ecchymose sous-cutanée, ni épanchement dans l'articulation.

Au bout de quelques jours, malgré nos avis, la jeune demoiselle ne prenait plus aucune précaution en marchant.

OBS. II.—*Luxation incomplète en dehors.*

Le 6 octobre 1839, à deux heures du matin, la même personne rentrait chez elle, à la suite d'un bal où elle avait beaucoup dansé. Se tenant debout pour être déshabillée, et sans faire de mouvement, elle ressentit soudain une violente douleur dans le genou et le devant de la cuisse; la rotule droite était encore luxée.

Je trouvai Mlle D*** assise et très-souffrante; la jambe était un peu fléchie. La difformité cette fois était moindre. La rotule déplacée directement en dehors, sur le bord externe de la poulie articulaire, proéminait dans ce sens de quinze à vingt millimètres. Je sentis aisément, à travers le tissu cutané, une partie de la poulie du fémur, le creux sus-condylien, la face antérieure de la rotule un peu inclinée en dedans, son bord externe plus mince, et postérieurement une concavité bien marquée. Le ligament rotulien et le tendon du quadriceps fémoral formaient chacun une corde aplatie d'avant en arrière. En étendant la jambe, une faible pression de dehors en dedans sur le côté externe de la rotule suffit pour la replacer.

Comme précédemment, les résolutifs et le repos furent mis en usage, et la guérison fut prompte.

Depuis cette époque aucun accident pareil ne s'est renouvelé, quoique Mlle D*** n'ait pas négligé les exercices de la danse.

Maintenant faut-il admettre pour cause de la première luxation un relâchement des ligaments? Sans nier qu'une certaine laxité, une extensibilité plus grande que de coutume des ligaments rotuliens ait pu faciliter le déplacement, je pense qu'il doit être attribué: 1° à une contraction brusque, énergique, du quadriceps fémoral, contraction nécessitée peut-être par le besoin de maintenir l'équilibre; 2° à ce que la rotule, poussée fortement en dedans et ayant son côté externe plus ou moins enfoncé dans la gorge de la poulie articulaire, y trouvait au besoin un point d'appui, par le fait de la pression contre un des bords de la chaise. Dès lors la rotule, ne pouvant se mouvoir en conservant ses rapports normaux d'articulation, a dû se retourner et se porter en dehors pour suivre la résultante de l'action vigoureuse des muscles extenseurs.

Bieu que les ligaments en semblable circonstance ne jouent pas le premier rôle, on conçoit néanmoins que s'ils sont relâchés ou plus extensibles, ils resteront sans autre lésion, et que dans le cas contraire il y aura rupture.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

PARACENTÈSE DU PÉRICARDE PRATIQUÉE DEUX FOIS SUR LE MÊME SUJET.

La paracentèse du péricarde est une de ces opérations dont il est beaucoup plus parlé dans les livres que dans la pratique; et dans le petit nombre d'essais qui ont été tentés jusqu'à présent, il reste même quelque doute si véritablement l'opérateur est arrivé dans le péricarde. Ce scepticisme ne nous paraît guère pouvoir atteindre le fait qu'on va lire; il est à regretter cependant qu'à l'autopsie on n'ait pas cherché à reconnaître les traces du trocar. Au reste, nous reproduisons cette observation plutôt comme une chose rare et curieuse que comme un exemple à suivre; et nous croyons que de pareilles tentatives ne peuvent jamais que compromettre l'art.

Un jeune homme, âgé de 19 ans, fut pris d'une douleur aiguë au côté droit de la poitrine, avec dyspnée considérable, et les autres signes de la pneumonie. L'affection datait déjà de quelque temps lorsqu'il fut admis à l'hôpital de Vienne; la période d'acuité était passée, et avait fait place aux signes d'un épanchement dans le thorax. La face était bouffie, œdémaciée, et exprimait une grande anxiété; la respiration était courte, précipitée, bruyante; il y avait un hoquet fréquent qui excitait dans le côté gauche une douleur pongitive; la veine jugulaire gauche était très-gonflée, etc. A la percussion, toute l'étendue de la région sternale rendait un son très-sourd; sous la clavicule gauche, au contraire, et le long de l'épaule

correspondante jusqu'à l'aisselle, le son était clair; et il redevenait sourd dans la région latérale. Du côté droit la résonnance était normale, excepté dans la région latérale à partir de la 4e côte. Le foie s'étendait au moins à deux travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. L'impulsion du cœur était très-faible et ses bruits très-indistincts. On entendait un fort murmure respiratoire (le bruit d'expiration était extraordinairement bruyant) dans toute l'étendue du côté gauche, excepté dans la région cardiaque; il se retrouvait semblablement en haut du côté droit: plus bas il était à peine perceptible. Le pouls était rapide, petit, irrégulier; les urines rares et foncées en couleur. Le malade se plaignait d'un sentiment continuel de pression à l'épigastre, particulièrement lorsqu'il se couchait sur le côté gauche; une forte pression sur la région du cœur y suscitait une douleur aiguë.

Le diagnostic fut ainsi établi: *épanchement considérable dans le péricarde, suite d'une péricardite; déterminant la compression du lobe inférieur du poumon; — de plus, légère exsudation dans la plèvre droite, avec une infiltration du parenchyme pulmonaire, résultat d'une pneumonie; — et enfin un catarrhe bronchique général.*

Comme il était aussi survenu dans un espace de peu de jours des symptômes d'un épanchement dans le péritoine, on se résolut à recourir sans retard à la paracentèse du péricarde.

La ponction fut faite le 5 août dans le cinquième espace intercostal, à deux pouces environ de l'extrémité gauche du sternum, à un pouce environ au-dessous de la mamelle, afin d'éviter plus sûrement la lésion de la mammaire interne ou d'autres vaisseaux notables. De prime abord, il ne s'écoula par la canule qu'une petite quantité d'un liquide rougeâtre; mais en employant avec ménagement la compression, on en fit bien sortir trois livres. Le malade ressentit un grand soulagement; et le double bruit du cœur aussi bien que le bruit de frottement furent entendus bien plus distinctement immédiatement après. Le lendemain il apparut des symptômes d'inflammation du lobe inférieur du poumon gauche, qui rendirent la saignée nécessaire. Pendant plusieurs jours consécutifs, il se fit un accroissement manifeste de l'épanchement péricardique. On eut recours à la digitale et à l'iode, en même temps qu'on pratiquait des frictions mercurielles.

Comme l'affection faisait manifestement des progrès, une deuxième ponction fut pratiquée le 22 août; mais cette fois il ne sortit pas plus de trois quarts de livre de liquide. Il survint derechef une attaque de pneumonie, que l'on réprima heureusement sans beaucoup de difficulté. L'état du malade parut s'améliorer jusqu'au 4 du mois suivant; mais alors l'hydropisie du péricarde et celle du péritoine prirent un accroissement rapide, et la mort arriva le 12.

Autopsie. — Des adhérences de la plèvre droite, et un épanchement considérable dans les deux cavités pleurales; le côté gauche contenait entre 8 et 9 livres de liquide, et il y en avait environ 5 livres du côté droit; les deux poumons étaient comprimés et aplatis contre la colonne vertébrale, et offraient en plusieurs points des dépôts tuberculeux. —Le péricarde adhérait au cœur dans une grande étendue de sa surface antérieure, et contenait dans sa cavité plusieurs onces de liquide. — Le cœur lui-même était large et flasque; ses cavités, particulièrement celle du côté droit, étaient considérablement dilatées et remplies de sang coagulé. — Il y avait de 15 à 16 livres de sérosité dans le péritoine; cette membrane était un peu épaissie en plusieurs points. Le foie était hypertrophié, dense, et d'une couleur brun-rougeâtre.

(*Schmidt's Jahrbucher.*)

NOUVEAU PROCÉDÉ D'AMPUTATION PARTIELLE DU PIED, par M. JOBERT.

Nous empruntons les détails qui vont suivre à un mémoire lu par M. Laborie, à l'Académie de médecine, le 4 juillet 1843, et publié depuis dans les *Annales de la chirurgie.*

« Madeleine Pley, âgée de 19 ans, entra, en novembre 1840, à l'hôpital Saint-Louis, pour une pneumonie très-grave, compliquée d'une rougeole qui rendit la convalescence longue et pénible; elle dut garder le lit pendant 6 mois; et après ce temps, elle commençait à peine à pouvoir sortir dans les cours de l'hôpital, lorsqu'elle s'aperçut que le pied droit offrait un empâtement, bientôt suivi d'un abcès qu'il fallut ouvrir et qui ne se ferma plus. Les os étaient évidemment altérés; on la fit passer, en septembre 1841, dans le service de M. Jobert.

« Le pied offrait une forte tuméfaction, siégeant surtout au niveau des articulations des cunéiformes avec les trois premiers métatarsiens. Plusieurs trajets fistuleux existant en ce point permettaient, à l'aide d'un stylet, de pénétrer sur les os qui étaient gonflés et laissaient pénétrer l'instrument explorateur; les articulations cunéo-métatarsiennes étaient évidemment altérées; on pouvait faire pénétrer l'instrument entre les surfaces articulaires. L'altération paraissait limitée à ces os seulement; quant à l'articulation cuboïdo-métatarsienne, elle paraissait saine.

« En conséquence, M. Jobert, en suivant les inspirations du moment, amputa les deux der-

niers métatarsiens et les trois cunéiformes, laissant en place le scaphoïde et le cuboïde, qui étaient tout à fait sains.

« Aucun accident ne survint, la réunion fut obtenue par première intention en dedans, mais en dehors elle ne se fit pas; ce ne fut que bien lentement que la cicatrice devint plus étendue; il resta toujours en dehors une petite fistule ovalaire; un stylet introduit en ce point pénétrait jusqu'aux surfaces osseuses; en pressant sous le pied, on faisait sortir une sérosité filante; du reste, toute douleur avait disparu.

« Quoique la malade n'eût pas marché depuis son opération, et qu'elle fût constamment restée couchée, la jambe dans l'extension; lorsqu'elle quitta l'hôpital, dix mois environ après l'opération, son pied s'appliquait parfaitement sur le sol; il n'existait aucune contraction; le talon n'était pas maintenu élevé. »

M. Laborie ajoute que la marche était facile; car la malade a pu venir plusieurs fois à l'hôpital, sans fatigue, pour montrer son pied; il est vrai qu'il ne note pas de quelle distance. Et enfin il croit pouvoir attribuer le défaut de cicatrisation complète à une véritable fistule synoviale d'une gaîne tendineuse.

L'opération que M. Jobert n'avait faite que sous l'inspiration du moment, M. Laborie a cherché à la régulariser. Nous ne reproduirons pas sa description; d'abord, la désarticulation des deux derniers métatarsiens ne se fait pas autrement que dans l'amputation tarso-métatarsienne; quant au reste de l'opération, l'auteur conseille d'abord de poser le pouce ou l'index gauche, selon le pied sur lequel on opère, sur la saillie interne du scaphoïde; de faire aboutir à ce point l'extrémité interne de l'incision dorsale; puis d'attaquer l'articulation du scaphoïde avec les trois cunéiformes, et en dernier lieu celle du troisième cunéiforme avec le cuboïde. Ici, seulement, il y a autre chose à couper que les ligaments dorsaux; pour détruire le ligament interosseux, on se servira du procédé indiqué par M. Lisfranc pour détruire la mortaise du deuxième métatarsien; c'est-à-dire qu'on plongera le couteau, le tranchant en haut et en avant, et le faisant agir dans la direction d'une ligne qui, *partant du milieu de l'extrémité inférieure du tibia, viendrait tomber sur le cinquième métatarsien au point de réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur.* La division des ligaments plantaires et la taille du lambeau comme dans les autres amputations.

Nous sommes grandement d'avis, d'une manière générale, de conserver au pied le plus de longueur possible; et c'est là aussi la conclusion la plus directe du mémoire de M. Laborie, que nous allons examiner dans l'article suivant.

SUR LA VALEUR RELATIVE DES AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED, par M. LABORIE.

Nous attacherons une certaine importance à la critique de ce travail, d'abord à cause de l'intérêt réel qu'il présente, mais surtout à raison de l'idée philosophique qui a présidé à sa composition, et qui nous paraît mauvaise et dangereuse. Il est donc d'autant plus urgent de la discuter et de la combattre sérieusement que, si elle a fait quelque peu dévier du droit chemin un excellent esprit comme M. Laborie, elle est de nature à en égarer bien d'autres.

Dans le dessein de traiter son sujet aussi largement que possible, M. Laborie annonce qu'il a voulu étudier *anatomiquement, physiologiquement et pratiquement* la valeur des diverses amputations partielles du pied, et, par suite, s'efforcer de remédier à ce qu'elles pouvaient présenter de vicieux. C'est un beau dessein, et qui, exposé ainsi d'une manière générale, ne peut qu'être approuvé par tout le monde. Mais, dans l'exécution, M. Laborie s'attache d'abord à comparer les conditions anatomiques de chaque sorte d'amputation, pour en déduire des corollaires physiologiques, et plus tard des conséquences pratiques; après quoi il *a cru devoir, comme complément de son mémoire, rapporter quelques observations dans lesquelles les accidents qui ont suivi l'amputation de Chopart ont été pour les malades une source de longues infirmités.* Ainsi, comme on le voit, les observations, c'est-à-dire les seuls faits pertinents, la véritable base pratique, ne viennent là que comme un *complément;* et la chose essentielle et capitale pour l'auteur a été l'étude anatomique. Qu'il nous permette de lui dire qu'il a fini par où il aurait dû commencer; que toute sa discussion anatomique tombe à côté de la question, et ne prouve rien de ce qu'il prétend prouver; et que tout le rôle de l'anatomie en pareille affaire devait être d'arriver *comme complément,* pour expliquer, si elle le peut, les conséquences renfermées dans les faits pratiques. Reprenons donc son mémoire dans l'ordre logique qu'il aurait dû suivre, c'est-à-dire en mettant d'abord en avant les observations.

Ces observations sont au nombre de six; quatre pour l'amputation de Chopart, une pour celle de M. Lisfranc, une pour celle de M. Jobert. Tout d'abord on dira que c'est bien peu, et l'on ne comprendrait guère comment l'auteur ayant pu, comme il le dit, en réunir davantage, s'est contenté de ce petit nombre, si nous ne savions qu'il regardait la question comme jugée d'avance par l'ana-

tomie. Les faits qu'il rapporte sont du moins très-curieux ; en voici l'analyse succincte.

Amputation de Chopart. — Obs. 1re.— Une femme de 39 ans se fait une entorse ; les os s'affectent ; après trois ans de souffrances, elle entre dans le service de M. Michon, qui pratique l'amputation de Chopart. La cicatrice se fit assez promptement ; « *cependant la malade ne put jamais, depuis, se servir de son membre ; quand elle marchait, elle éprouvait de vives douleurs dans le pied, douleurs qu'elle rapportait à la cicatrice.* » Au bout de 7 mois, un abcès s'ouvrit au niveau de cette cicatrice ; ne se ferma point, et deux ans et demi après, la malade venait se confier aux soins de M. Jobert. Alors la cicatrice, ouverte en dehors, donnait passage à des fongosités de mauvaise nature, et le stylet arrivait sur le calcanéum ramolli. En outre, le pied était fortement porté dans l'extension, le talon élevé, le tendon d'Achille rétracté et tendu sous la peau ; de telle sorte que, si la malade essayait de marcher, elle ne pouvait poser sur le sol que par la partie antérieure du calcanéum, ce qui donnait lieu à des douleurs si intolérables que le repos absolu était devenu forcé.

M. Jobert commença par réséquer la portion altérée du calcanéum, et 15 jours plus tard, il fit la section du tendon d'Achille, après quoi le pied fut ramené et maintenu dans la flexion par un bandage approprié. En deux mois et demi, la cicatrice était complète.

« Depuis, ajoute M. Laborie, nous avons vu plusieurs fois la femme Poncet. La cicatrice se maintient parfaite, très-régulière. Lorsque la malade pose son pied sur le sol pour marcher, le talon reste encore un peu élevé, de telle sorte que la marche est toujours embarrassée ; mais avec une bottine convenable, on pourrait, en partie, remédier à ces inconvénients. Du reste, la santé générale est devenue parfaite ; la malade a pris de l'embonpoint ; elle vient facilement à l'hôpital, à pied, pour consulter. On a, en un mot, remédié autant que possible aux accidents inhérents à l'amputation de Chopart, telle qu'on la pratique ordinairement. »

Obs. II. — Lalande, cordonnier, avait reçu, à l'âge de 27 ans, un coup de fléau sur le bout du pied gauche, d'où était résultée une altération des phalanges des deux premiers orteils. On lui amputa ces deux orteils à la Charité ; mais la cicatrice ne se faisant point, on lui proposa une nouvelle amputation, qu'il refusa. Cependant, le mal faisant des progrès, il fallut bien s'y décider, et l'amputation de Chopart fut pratiquée par M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu. La cicatrisation fut longue, car le malade ne sortit de l'Hôtel-Dieu qu'au bout de 19 mois, le 21 février 1842.

« A cette époque, la guérison paraissait parfaite ; mais à peine Lalande eut-il commencé à se servir de son membre, que les muscles du mollet, agissant sur le pied, le tirèrent fortement dans l'extension. Il en résulta un vif tiraillement de la cicatrice, et ensuite sa déchirure. La marche devint tout à fait impossible. Ce fut alors que Lalande se présenta à l'hôpital Saint-Louis.

« L'état du membre était fort remarquable ; le calcanéum, tiré en arrière par les muscles de la partie postérieure de la jambe, restait constamment dans cette position. La cicatrice se trouvait directement en bas et déchirée en plusieurs points ; le moignon était d'un rouge livide, le moindre attouchement provoquait de violentes douleurs ; du reste, en aucun point, à l'aide du stylet, on n'arrivait sur les os. La santé du malade était altérée par les souffrances, il désirait se faire amputer la jambe ; mais M. Jobert voulut d'abord recourir, pour remédier aux accidents, à la section du tendon d'Achille.

« Cette opération eut tout le succès désirable. Le pied fut ramené à une flexion convenable, et peu à peu les ulcérations développées sur le moignon se cicatrisèrent. Après deux mois de séjour, Lalande put quitter l'hôpital en assez bon état ; mais ce mieux ne persista pas, et trois mois après il y eut récidive de la contraction des muscles du mollet ; nouvelle déchirure de la cicatrice. »

Arrivé à ce point, le malheureux malade se mit entre les mains de charlatans ; le mal s'aggrava, les os s'altérèrent ; il rentra à l'Hôtel-Dieu, le 2 février 1843, et succomba avant toute opération, le 9 mars suivant, à une phthisie pulmonaire. L'autopsie montra le calcanéum et l'astragale affectés de carie, et des excavations tuberculeuses dans les poumons.

Les deux faits suivants ont été communiqués par M. Robert.

Obs. III. — Potard, commis, avait subi en 1838, à l'âge de 50 ans, l'amputation de Chopart pour une carie des os du pied, à l'hôpital de la Charité. Rien de remarquable après l'opération ; seulement, vers le 40e ou 50e jour, lorsque la cicatrisation était presque complète, on s'aperçut que le talon fuyait en arrière. Un bandage fut inutilement appliqué en vue de combattre ce renversement qui, plus tard, empêcha complètement la marche.

Deux ans après, Potard revint à la Charité, où M. Velpeau lui coupa le tendon d'Achille, et maintint le pied dans sa rectitude à l'aide d'un bandage dextriné. Il quitta l'hôpital, guéri en apparence ; mais quelques mois après, mêmes accidents ; la marche, d'abord diffi-

cile, devint douloureuse et enfin impossible. Le malade s'en vint donc, un an après la première ténotomie, se faire derechef couper le tendon d'Achille, à Saint-Louis, par M. Nélaton. Nouvelle guérison ; puis, après quelques mois, nouvelle récidive ; et enfin, désespéré, le 15 janvier 1842 Potard entrait à Beaujon dans le service de M. Robert, décidé à subir l'amputation de la jambe.

« *Le moignon résultant de l'amputation était fortement dévié en arrière. A chaque pas, le poids du corps pesait sur la cicatrice ; et les ligaments antérieurs de l'articulation tibio-tarsienne supportant le poids du corps, le pied se portait encore plus en arrière.* Il en résultait nécessairement un tiraillement de la cicatrice, qui déterminait d'intolérables douleurs. Une ulcération existait au centre de la cicatrice. »

Se refusant au désir du malade, M. Robert tenta, pour la troisième fois, la ténotomie ; et bien que le résultat fût moins marqué que dans les ténotomies ordinaires, on obtint néanmoins, sans aucun appareil, un redressement presque complet du pied. Chaque jour aussi, aussitôt que la piqûre de la peau fut cicatrisée, M. Robert eut soin d'exercer une forte traction du pied dans le sens de la flexion, pour empêcher la réunion du tendon et en maintenir les deux bouts écartés. Cette manœuvre fut répétée durant trois semaines ; on fit faire ensuite une bottine mécanique, qui retint le pied dans une flexion convenable. Le malade s'exerça peu à peu avec cette bottine, et sortit un mois après, marchant avec facilité. Malheureusement il a été perdu de vue, et son histoire s'arrête à sa sortie de l'hôpital.

Obs. IV. — Tallemant, âgé de 52 ans, entra en juillet 1841 à l'hôpital Beaujon, pour un écrasement du pied droit, et dans un état tel que M. Robert crut devoir immédiatement pratiquer l'amputation de Chopart.

« Tout se passa bien après cette opération pendant trois semaines, et à cette époque survint un érysipèle qui gagna la moitié inférieure de la jambe. Deux abcès se formèrent en arrière et en bas du membre dans le voisinage du tendon d'Achille ; et peu à peu, soit par suite de l'inflammation, soit par toute autre cause, commença la rétraction des muscles jumeaux et soléaire. L'état du membre ne permit pas de remédier à cet accident par l'application d'un appareil approprié. Trois mois après l'opération, le malade débilité quitta l'hôpital pour aller se rétablir à la campagne. Le moignon était cicatrisé ; mais dès ce moment la contracture était si forte que la marche ne s'effectuait qu'à grand'peine ; le talon ne pouvait poser sur le sol.

« Le 1er février, Tallemant revint à l'hôpital. A cette époque la marche était tout à fait impossible, le pied se trouvant fortement renversé en arrière ; tout le poids portait presque directement sur le bout du moignon, et il en résultait d'atroces douleurs et des tiraillements qui menaçaient de rompre la cicatrice.

« En examinant les cicatrices des abcès, on reconnaissait que des adhérences s'étaient établies entre les *joints* du tendon (*sic*), et peut-être entre le tendon lui-même et le tissu cellulaire sous-cutané. Avant de pratiquer la ténotomie, qui déjà par ce motif semblait présenter des conditions désavantageuses, M. Robert crut devoir tenter le redressement du moignon au moyen d'un appareil mécanique qui fut très-habilement construit par M. Pissot ; il consistait en une branche de levier qui par une de ses extrémités prenait point d'appui au haut et en arrière de la jambe, et qui, retenue fortement contre la partie moyenne de la jambe, repoussait le talon en avant. Il y eut de l'amélioration, mais le redressement ne fut pas obtenu complet. Le 10 mars, le chirurgien se décida à pratiquer la section du tendon d'Achille ; le même appareil fut maintenu après cette opération qui détermina immédiatement un redressement complet. Le 4e jour un érysipèle força d'enlever l'appareil que l'on put réappliquer ; au 15e jour nouvel érysipèle, nouvelle suppression de l'appareil, qui put être définitivement rétabli au 25e jour et maintenu longtemps. Aussitôt que la jambe restait libre, le talon se portait en arrière et en haut, mais il suffisait de peu d'efforts pour le ramener en bonne position.

« Deux mois après sa 2e entrée à l'hôpital Beaujon, Tallemant fut forcé de quitter Paris. M. Robert lui conseilla alors de continuer pendant toutes les nuits l'application de l'appareil orthopédique, et pour le jour on fit faire une bottine à peu près suivant les mêmes principes, à l'aide de laquelle la marche devint facile.

« Depuis cette époque, cet homme n'a pas donné de ses nouvelles. Il est actuellement gardien du pont de Rouvray, en Bourgogne. Tout doit faire présumer que le but obtenu en dernier lieu a persisté. »

Voilà pour ce qui regarde l'amputation de Chopart. Quant à la désarticulation tarso-métatarsienne, M. Laborie rapporte d'abord en détail l'histoire d'un homme de 32 ans, amputé par M. Jobert pour cause traumatique, et sorti guéri en moins de 3 mois, marchant facilement et sans éprouver de douleur. Le malade n'a pas été suivi plus loin, ce qui est regrettable peut-être. A côté de ce fait l'auteur en mentionne en peu de mots un autre bien différent ; l'amputation faite pour une carie des os du métatarse fut suivie de fistules

intarissables, et le malade garde le lit depuis un an, sans prévoir encore à quelle époque il pourra le quitter.

Je ne dis rien du fait unique qui a trait à l'amputation mixte de M. Jobert, et dont il a été question dans l'article précédent.

Maintenant que nous possédons les résultats pratiques fournis par ces quelques observations, était-il possible en vérité de les prévoir en vertu de pures considérations anatomiques? Est-ce l'anatomie qui nous apprendra pourquoi le tendon d'Achille ou ses muscles se rétractent dans un cas, ne se rétractent point dans l'autre; pourquoi la rétraction est vaincue quelquefois par une seule ténotomie, tandis que chez certains malades elle reparaît opiniâtrément? Mais abordons quelques-unes des déductions anatomiques de M. Laborie; évaluons leur portée et pesons ce qu'elles valent.

Dans l'amputation de Chopart, on sacrifie tous les points d'attache des muscles fléchisseurs; on détruit le grand ligament calcanéo-cuboïdien, ce qui *favorise singulièrement* la rétraction du pied en arrière; et du reste *rien ne s'oppose* à cette rétraction du pied qui devient si pénible pour le malade.

Mais si *rien ne s'oppose* à cette rétraction, si tout la favorise, d'où vient donc qu'elle n'a pas lieu dans tous les cas? Il y a donc dans certains cas quelque chose qui s'y oppose, et que l'anatomie n'indique pas; et il faut donc s'adresser autre part qu'à l'anatomie pour avoir le secret de ce quelque chose?

Cependant M. Laborie ne s'arrête pas à cette difficulté, et il propose des moyens de s'opposer à la rétraction qui, sans être tout à fait d'accord avec ses prémisses, sont cependant bien un peu de la même famille, c'est-à-dire fondés sur de pures théories anatomiques. Ces moyens sont au nombre de trois; 1° couper les tendons de la face dorsale un centimètre plus bas que la peau; au contraire, couper très-court les tendons de la face plantaire, et réduire le lambeau plantaire à la peau seulement; 2° mettre la jambe dans la flexion à angle droit sur la cuisse, en couchant le membre sur sa face externe; 3° disposer la bottine de telle façon que le talon soit dans un enfoncement, tandis qu'un plan incliné arrivant à 2 centimètres de hauteur en avant recevrait la plante du pied.

De ces trois moyens, nous doutons qu'aucun chirurgien adopte le premier, qui nous paraît d'ailleurs fort insignifiant; le second, déjà essayé avant M. Laborie, a aussi déjà échoué; le troisième, excellent pour les cas où il n'y a pas de rétraction, ne résisterait guère à une rétraction réelle, soit tendineuse, soit musculaire.

Au total, et c'est une conséquence sur laquelle nous insistons, laissez donc l'anatomie pour ce qu'elle vaut, et quand il s'agit de pratique, étudiez les faits pratiques. Si M. Laborie eût ainsi fait, s'il avait accordé plus d'importance à ses observations, il en aurait tiré d'autres conséquences; et d'abord il se serait bientôt aperçu qu'elles étaient fort incomplètes. Ce qu'il fallait étudier, c'était surtout le mode de progression le plus naturel et le plus facile des sujets qui ont subi l'amputation de Chopart; d'où viennent les obstacles, et ce qu'il y aurait à faire pour les surmonter ou du moins les éluder. M. Martin, notre habile mécanicien, a pu dans trois cas rétablir ou tout au moins rendre moins pénible la marche des malades; il a vu que pour cela il fallait immobiliser l'articulation tibio-tarsienne. C'est là un premier point fort important; mais il en est d'autres encore; et dans un de nos prochains numéros, nous publierons deux observations qui nous sont propres, et qui jetteront peut-être un peu plus de lumière sur une question beaucoup trop négligée par les chirurgiens.

Résultat des grandes opérations *pratiquées à l'hôpital de Lodi durant l'année* **1840**, par le docteur **Carlo Cotta.**

Les sujets opérés ont été au nombre de 20; mais en retranchant 3 sujets opérés pour la cataracte, et un autre auquel on a lié l'artère humérale, d'ailleurs tous guéris, il reste un total de 16 opérations vraiment graves, dont voici le tableau :

1	amputation du bras..	1 guéri.	
2	— de jambe.	1 —	1 mort.
8	opérations de taille..	5 —	3 —
3	opérations de hernie étranglée...........	» —	3 —
2	ablations de la mamelle	1 —	1 —
16		8 —	8 —

Malgré le petit nombre de ces faits, nous avons cru devoir les recueillir, d'abord comme l'expression de la haute probité scientifique du chirurgien qui les a livrés à la publicité, et puis parce qu'ils viennent se joindre aux faits bien autrement nombreux fournis par les hôpitaux de France, d'Allemagne et d'Angleterre pour établir la gravité positive des grandes opérations. 8 morts sur 16 opérés, cela pourrait déjà suffire, et, cependant, en décomposant ce tableau, on arrive à un résultat plus formidable encore.

Ainsi, la taille a donné 5 guérisons sur 8; mais il faut ajouter que 7 des opérés étaient des enfants au-dessous de 13 ans; le dernier était un vieillard de 70 ans; les guérisons auraient donc pu être plus nombreuses sans sortir des proportions ordinaires.

Il y avait deux hernies inguinales pour une crurale. La mort a eu lieu dans tous les cas ; c'est une série malheureuse ; cependant, il ne faut pas oublier que M. Textor, le plus heureux jusqu'à présent des chirurgiens qui aient publié leurs résultats, a perdu 24 opérés sur 56 ; que M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, en 1841, en a perdu 5 sur 9, et que, sur un total de 220 individus opérés dans les hôpitaux de Paris, de 1836 à 1841, il y a eu 133 morts. (*Voir ci-devant, tom.* 1er, *pag.* 26 *et* 38.)

Les amputations, si rares qu'elles aient été, n'ont pas donné autre chose que ce qu'elles donnent chez nous ; et il est à présumer que les publications successives d'autres tableaux du même genre, tout en faisant reconnaître quelques différences inévitables entre les divers hôpitaux, comme entre les provinces et les royaumes, permettront cependant d'établir une moyenne de mortalité pour l'Europe entière, qui sera de nature à retenir quelque peu la main des opérateurs.

(*Gazetta medica di Milano.*)

Obstétrique.

TRAITEMENT DE LA GALACTIRRHÉE PAR L'IODE, par le docteur Rieseberg, de Carolath.

La femme S., maintenant âgée de 36 ans, brune, d'une force médiocre, d'un tempérament lymphatique, accoucha pour la première fois, en 1838, d'un enfant qu'elle commença de nourrir, mais qu'elle fut obligée de sevrer, à cause de la difficulté qu'il avait à prendre le sein. La sécrétion du lait n'en continua pas moins et ne cessa qu'au bout de dix semaines, avec la première époque menstruelle, sans qu'on eût rien fait d'ailleurs pour obtenir ce résultat.

Dans le cours de la seconde grossesse (1840), on s'efforça d'allonger le mamelon. On n'y réussit qu'incomplètement à gauche, et on échoua tout à fait à droite. De ce côté, l'enfant ne put jamais téter, et à gauche il n'y parvint qu'à l'aide d'un bout de sein en ivoire flexible. Il s'établit bientôt, même à droite, un écoulement continuel de lait si abondant que les vêtements en étaient constamment mouillés. La peau des seins devint rouge, et se couvrit d'une éruption de petites vésicules miliaires. La rougeur et l'éruption s'étendirent jusqu'à la peau du ventre. Elles se développèrent même chez l'enfant, à partir de la commissure droite des lèvres jusqu'à l'épaule. Le lait était extrêmement fluide, semblable à une légère eau de savon. Il était évident qu'il était d'une mauvaise qualité. L'enfant fut donné à une nourrice. L'eau blanche fut employée pour faire disparaître les rougeurs et l'éruption. Une légère compression fut exercée sur les seins, dans l'espoir d'affaisser les conduits galactophores, mais sans succès. On employa de même, sans résultat, le sulfate de potasse, les diaphorétiques, les vésicatoires au bras, les applications froides sur la mamelle, les astringents à l'extérieur et à l'intérieur, les toniques ; l'écoulement continuait ; la femme maigrissait et dépérissait de jour en jour, et commençait à avoir de la fièvre. Enfin, au bout de dix-huit semaines, le docteur Riesemberg eut recours à l'iode, et douze jours après la galactirrhée disparut à l'apparition des menstrues. En tout, on avait administré cinq grains d'iode pur et un gros cinq grains d'hydriodate de potasse. La femme recouvra en peu de temps toute son ancienne santé.

En novembre 1841, 3e accouchement. L'enfant ne fut pas même présenté au sein ; on lui donna tout de suite une nourrice. D'abord, la sécrétion du lait parut se tarir ; mais au bout de 14 jours, le lait recommença à couler avec autant de persistance que précédemment, et quelquefois en telle quantité que la femme était obligée, ce dont M. Riesemberg fut lui-même témoin, de le verser hors de ses chaussures, où il s'était accumulé. Au bout de huit jours, la femme commençait à maigrir. Aussitôt on eut recours à l'iode, et l'on obtint bientôt le même succès qu'en 1840. Avec un grain d'iode et quinze grains d'hydriodate de potasse, pour sept onces d'eau, on n'obtint rien ; avec deux grains d'iode et un scrupule d'hydriodate pour la même quantité de liquide, l'écoulement du lait n'eut plus lieu que pendant la nuit. Une troisième mixture, avec deux grains d'iode et un demi-gros d'hydriodate, n'était pas épuisée, que la galactirrhée avait entièrement disparu. Le rétablissement fut si complet que la femme assurait ne s'être jamais si bien portée. Sept semaines après la cessation de la galactirrhée, les règles reparurent. Cette femme est actuellement enceinte pour la quatrième fois ; il est fort à craindre que les mêmes accidents se remontrent et que l'emploi des mêmes moyens devienne indispensable.

(*Berlin. med. Zeitung*, 1843, *n*o 13, *p.* 59.)

La galactirrhée, beaucoup plus rare que l'agalaxie, est un accident fort incommode et fort opiniâtre de la lactation. Elle peut être portée au point de compromettre gravement la santé des femmes. L'épuisement et la fièvre hectique peuvent en être la conséquence. Quand on songe à ces tristes effets et à l'impuissance de la plupart des moyens ordinairement employés en pareil cas, on doit

s'estimer heureux qu'on ait enfin trouvé un remède sur l'efficacité duquel il semble qu'on puisse désormais compter. L'iode est, au reste, un médicament qu'on ne saurait employer avec trop de prudence. Des doses trop fortes pourraient bien avoir pour effet l'atrophie des mamelles, et à part ces cas très-graves, où la santé se trouve compromise et où tout doit être tenté pour la rétablir, un médecin s'exposerait à de justes reproches s'il n'avait pas su prévenir un résultat au moins fort désagréable. Il ne paraît pas, au reste, que, dans le cas cité par le docteur Rieseberg, il y ait rien eu de semblable. La reproduction de la galactirrhée après un accouchement subséquent ne laisse même pas de doute à cet égard. Mais quand on songe que la ciguë, dont les effets sont, d'après les observations de Benedict, de Breslau et du professeur d'Outrepont, presque souverains contre la galactirrhée, produit si facilement en même temps l'atrophie des mamelles, on doit avoir quelque raison de craindre qu'il en soit de même d'un médicament dont l'action fâcheuse sur ces organes est depuis long temps reconnue et a été maintes fois constatée.

Rupture mortelle d'un kyste de l'ovaire, *produite par une chute*, par A.-W. Domville.

Une fille de 63 ans, délicate, toujours irrégulièrement menstruée, dont l'abdomen avait commencé de se développer depuis trente ans, et, depuis quinze, avait acquis un tel volume que la paracenthèse avait dû être cinq fois pratiquée, tomba du haut d'une table sur le dos. A l'arrivée de M. Domville, une heure après, pâleur extrême, nausées, vomissements répétés, douleur atroce autour de l'ombilic, pouls petit et fréquent. Mort au bout de sept heures, après d'abondants vomissements de sang. — A l'autopsie, on trouve un énorme kyste uniloculaire, adhérent à la paroi abdominale, aux reins, à la face inférieure du foie, à plusieurs anses de l'intestin grêle, mince dans les points où il était libre d'adhérences, offrant en arrière et en haut, où cette minceur était remarquable, une déchirure à travers laquelle se sont engagées deux anses du jéjunum. Dans le kyste et dans la cavité péritonéale, grande quantité de liquide, au milieu duquel flottent un nombre considérable de petits corps semblables à des grains de moutarde. L'alcool bouillant en sépare de la stéarine, qui se dépose en cristaux par le refroidissement. Point de traces d'inflammation du péritoine. Ovaire droit sain, ovaire gauche confondu avec le kyste.

(*London med. Gazette*, 25 *nov*. 1842.)

Quelle a été la cause de la mort chez cette femme? Une péritonite n'avait pas eu le temps de se développer. En supposant que l'épanchement l'eût produite plus tard, quelques faits observés et rapportés par M. Domville me portent à croire avec lui, ou qu'elle eût été légère, ou qu'elle eût pu être combattue avec succès, si elle eût été intense. M. Domville n'hésite pas à attribuer la mort au pincement des anses intestinales dans la déchirure du kyste; mais je ne puis me ranger à son opinion. Qu'il y ait eu une certaine striction de l'intestin, M. Domville l'assure, et je le crois; et bien que ce ne soit pas un étranglement comparable à celui qui peut résulter de l'engagement d'une anse intestinale dans la déchirure d'un organe rétractile comme l'utérus, néanmoins des accidents graves pouvaient en être ultérieurement et même plus ou moins prochainement la conséquence; mais le caractère des accidents et l'instantanéité de leur développement rappellent si bien les symptômes qui résultent de la déchirure de quelques parties des organes génitaux internes, avec ou sans communication dans la cavité péritonéale, que le fait seul d'une déchirure brusque et étendue du kyste me semble fournir une explication satisfaisante de la mort et de la rapidité avec laquelle elle a eu lieu.

Pharmacologie chirurgicale.

De l'emploi du caoutchouc en feuilles et en sparadrap, *pour le pansement des ulcères des jambes;* par M. Conté.

Il y a deux ans que, s'occupant des altérations que le pus subit au contact de l'air, M. Conté fixa son attention sur l'ulcération des cicatrices par le contact du pus altéré, ulcération coïncidant toujours avec la mauvaise odeur de ce liquide. Il présuma que la formation de produits ammoniacaux pouvait bien en être une cause; et pour empêcher l'altération du pus à la surface des ulcères, il proposait de les recouvrir exactement d'une feuille de caoutchouc que l'on assujétirait avec des bandelettes agglutinatives. Depuis lors il a essayé ce nouveau mode de pansement sur les nombreux malades du Bureau Central, et il le donne comme bien supérieur à tous les autres.

Pour appliquer ce caoutchouc, après avoir très-exactement lavé l'ulcère, on en taille un morceau qui a à peu près la forme de la plaie et qui dépasse les bords de 1 ou 2 centimètres; on le maintient un instant sur l'ulcère avec la paume de la main, afin que la chaleur le rende plus souple; on l'applique le plus exactement qu'il est possible, et on le maintient avec des bandelettes emplastiques à la

manière de Baynton. L'appareil est changé toutes les 48 heures.

Les bandelettes de diachylon peuvent servir sans doute pour assujétir le caoutchouc; cependant elles ont quelquefois l'inconvénient de déterminer la vésication de la peau. Si l'on n'a pas le choix, on évitera cet inconvénient en étendant sur le caoutchouc une petite bande de linge fin dont on entoure une fois le membre et sur lequel on applique le diachylon comme à l'ordinaire; mais M. Conté préfère se servir d'un sparadrap particulier dont voici la formule :

Sparadrap au caoutchouc.

℥ Galipot	75 gr.
Cire jaune	100
Dissolution de caoutchouc dans l'essence de térébenthine rectifiée	160

Il faut faire fondre la cire et le galipot tout ensemble à un feu doux, puis attendre qu'il soit un peu figé; c'est alors que par trituration on y incorpore le caoutchouc en dissolution; après quoi l'on fait de nouveau liquéfier le tout à un feu doux, et on prépare le sparadrap comme à l'ordinaire, en l'étendant sur de gros calicot.

M. Conté avait cherché d'abord à obtenir un sparadrap au caoutchouc pur; malheureusement ce sparadrap n'a pas réussi.

Quand il y a des varices, on les maintient avec un bas lacé par dessus l'appareil. Le malade, une fois pansé, peut d'ailleurs marcher et travailler comme à l'ordinaire.

Il n'est pas nécessaire à chaque pansement de se servir de bandelettes emplastiques nouvelles; il suffit de les laver avec soin. Cependant, si la suppuration est abondante, cette précaution ne suffira pas; il sera rigoureusement nécessaire de changer la plaque de caoutchouc; car elle conserve, malgré les lavages, une odeur désagréable.

Voilà ce qui concerne la confection et l'application de l'appareil ; maintenant recherchons quel est le mode d'agir du caoutchouc et les résultats qu'on en a retirés.

M. Conté déclare d'abord que le caoutchouc n'a aucune propriété médicatrice particulière, qu'il n'est là que comme corps mécanique capable de maintenir à la surface de l'ulcère un pus de bonne qualité, un liquide albumineux doux et louable, c'est-à-dire un excellent cataplasme. Il en est tellement convaincu, qu'il présume que l'on arriverait au même résultat avec du taffetas gommé ou une toile cirée dont l'enduit ne serait ni attaquable ni irritant.

Cette idée, si nettement formulée, paraît quelque peu en désaccord avec une autre assertion non moins tranchée que voici : « Le moyen que je préconise, dit M. Conté, convient à tous les états de la plaie, mais surtout aux plaies profondes, avec douleur, avec suppuration abondante. » Et ni l'inflammation ni la mauvaise odeur du pus ne l'arrêtent. « On voit bientôt, ajoute-t-il, la douleur se calmer, la quantité et l'odeur de la suppuration diminuer, disparaître même; les bords rouges et turgescents de l'ulcère devenir blanchâtres et moins élevés, sa capacité se combler de chairs nouvelles, sa surface se dessécher et le malade guérir. »

Nous estimons que de pareils éloges seraient plutôt de nature à compromettre qu'à servir la méthode nouvelle près des véritables praticiens. D'abord nous ne sommes pas disposés à admettre que le caoutchouc pur agisse toujours et exclusivement comme corps mécanique : il est des femmes chez qui les pessaires en caoutchouc déterminent des flueurs blanches en grande abondance; et M. Malgaigne, qui a essayé de contenir les hernies avec des pelotes de caoutchouc appliquées à nu sur la peau, en a vu résulter quelquefois des rougeurs avec prurit et douleur. Le caoutchouc a en outre ce fâcheux inconvénient, qu'il s'imbibe très-facilement des liquides, et devient promptement un foyer d'infection si l'on n'a soin de l'épurer ou de le changer. Mais par-dessus tout, personne n'admettra qu'un moyen mécanique convienne à tous les cas d'ulcères, sans faire état du degré de l'inflammation et de la suppuration. Les lames de plomb, remises en honneur par M. Réveillé-Parise, sont bien un moyen mécanique par excellence; mais ce sage praticien en a formellement limité l'emploi pour les ulcères exempts de douleur et d'inflammation.

Les observations de M. Conté déposeraient au besoin contre ses assertions trop absolues. D'abord, passé le 2e jour, le pus devient fréquemment irritant et fétide. Plusieurs fois on a vu des ulcérations se produire au pourtour de la plaque de caoutchouc par l'action de ce pus fétide. Il est assez commun aussi de voir l'ulcère bourgeonner et obliger à recourir au nitrate d'argent pour affaisser les chairs luxuriantes.

Quelle est donc la valeur réelle de ce traitement, et pourquoi, malgré nos critiques, y avons-nous consacré tout cet article? C'est que, d'après les faits recueillis par M. Conté, il paraît avoir véritablement une assez heureuse influence sur la marche et la cicatrisation des ulcères; qu'il a réussi surtout dans des cas où le diachylon était mal supporté ; de telle sorte que, hors des complications inflammatoires, et après avoir essayé du diachylon que nous persistons à regarder comme plus généralement préférable, le caoutchouc offrira une nouvelle ressource aux malades et aux praticiens.

BULLETIN CLINIQUE.

OPÉRATION D'UN BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE ET COMPLIQUÉ, AVEC SAILLIE DU TUBERCULE MOYEN, par M. le docteur DEBROU, *chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

Depuis que M. le professeur Blandin a fait connaître un nouveau procédé opératoire pour certains cas de bec-de-lièvre double et compliqué (*Journal de chirurgie*, tome 1er, page 23), il ne s'est publié aucun fait circonstancié de cette opération. Le même journal a seulement annoncé que M. le professeur Velpeau avait pratiqué deux fois le même procédé, et M. Velpeau a lui-même mentionné ces deux faits, mais avec peu de détails (*Bulletin de l'Académie de médecine, numéro* 21, *août* 1843, *page* 1125); en sorte que l'observation de M. Blandin est encore la seule qui ait été réellement publiée. Il m'a paru, en conséquence, utile de faire connaître le fait qu'on va lire (1).

Un petit enfant du sexe masculin, âgé de six mois et quelques jours, fut amené de la campagne à Orléans, le 29 mars 1843. Il offrait un bec-de-lièvre double, avec division complète tant du voile du palais que de la voûte palatine. Le tubercule moyen, formé par les deux os intermaxillaires, et par la portion moyenne de la lèvre supérieure, était fortement dirigé en avant et paraissait comme suspendu au lobule du nez. Le 30 mars, M. Vallet exécuta la première partie de l'opération, c'est-à-dire qu'il enleva une portion triangulaire de la cloison nasale. Pour cela, pendant que je tenais le petit malade couché horizontalement sur un oreiller placé sur mes genoux, M. Vallet, se servant d'une paire de ciseaux courbes, coupa en deux coups une portion triangulaire de la cloison, de manière à ce que la branche antérieure de la cloison fût presque droite, et la branche postérieure oblique en bas et en arrière, le sommet de l'angle étant presque directement en haut. Cette petite manœuvre, qui fut faite rapidement, exigea une grande force, malgré le peu de résistance que paraissait devoir présenter la cloison chez un si jeune enfant. On s'était servi de forts ciseaux à polype, et l'on eut quelque difficulté à introduire l'une des branches, parce que la cloison était déviée d'un côté. Nous ne pûmes examiner la portion retranchée, car le petit malade l'avala aussitôt qu'elle eut été détachée, malgré tous nos efforts pour la saisir dans sa bouche. Mais il fut facile de voir que le vide fait par la perte de substance de la cloison était suffisant pour recevoir et loger le tubercule intermaxillaire ; car celui-ci, devenu mobile, pouvait être sans effort porté en arrière, de manière à se trouver de niveau avec le reste de l'arcade dentaire.

Le lendemain, le petit malade n'offrit rien de particulier ; il rendit une garde-robe mêlée de quelques caillots de sang qu'il avait avalés la veille, après l'opération. Du reste, l'écoulement du sang s'était très-promptement arrêté. Le second jour, 1er avril, nous pratiquâmes l'opération du bec-de-lièvre, que j'exécutai moi-même de la manière suivante :

Je commençai par aviver, à l'aide du bistouri, les bords de la portion moyenne de la lèvre supérieure, et nous eûmes, après l'incision du bord droit, un jet de sang assez fort qui me força à faire placer un fil de ligature, car je ne pus saisir le petit vaisseau avec une pince à torsion. Aussitôt après, je détachai, à l'aide d'une pince à crochets et d'un bistouri, un lambeau de muqueuse sur chacun des bords correspondants du tubercule osseux intermaxillaire et de la portion de l'os maxillaire, avec laquelle le tubercule devait se trouver en rapport après l'opération. Ensuite il ne resta plus qu'à aviver, avec les ciseaux à bec-de-lièvre, les portions latérales de la lèvre, et à réunir toutes les parties par une suture.

Comme la portion moyenne de la lèvre n'avait point assez de hauteur pour atteindre jusqu'au bord libre, ma première épingle, c'est-à-dire l'inférieure, ne traversa que les lambeaux latéraux, qui vinrent se réunir sur la ligne moyenne. La seconde épingle, ou la supérieure, traversa d'abord la lèvre gauche, puis le lambeau moyen, puis la lèvre droite. Il en résulta une plaie en forme d'Y, dont l'ouverture, dirigée en haut, embrassait la portion moyenne de la lèvre. A peine les fils venaient-ils d'être placés que l'enfant, épuisé par le sang qu'il avait perdu, eut des mouvements de syncope ; il fallut nous hâter de le faire revenir à lui. Nous n'employâmes aucun bandage consistant en bandelettes agglutinatives ou autre moyen.

Le quatrième jour, mardi matin, je retirai

(1) M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, a exécuté, il y a deux ans et demi, un procédé en partie semblable à celui dont il est question ici. Il fit une perte de substance triangulaire à la cloison, immédiatement derrière le tubercule ; mais, au lieu d'achever l'opération au bout d'un ou deux jours, il s'efforça de chasser le tubercule osseux au moyen d'une compression graduée, faite avec des bandelettes agglutinatives, et fit la suture seulement le sixième jour. L'enfant, âgé seulement de trois mois, mourut des suites d'un érysipèle.

l'épingle supérieure, et le lendemain, cinquième jour, celle d'en bas. Les plaies étaient réunies, excepté en un point, en haut et à droite, là précisément où j'avais placé un fil sur un petit vaisseau.

A partir du troisième jour, le petit malade eut de la toux et de l'embarras dans la respiration. Le quatrième jour, craignant qu'il ne se déclarât une bronchite intense, ou même une pneumonie, je fis appliquer entre les deux épaules un emplâtre de poix, avec 60 centigrammes de tartre stibié. Du sixième au septième jour, le malade fut assoupi. On appliqua un vésicatoire sur le sternum. Le huitième jour, le mieux était sensible. Le douzième jour, la toux avait presque entièrement cessé. On se contenta de faire des frictions avec de l'huile de camomille sur le ventre, et d'y appliquer des cataplasmes, pour combattre quelques coliques. On recommanda de faire prendre un peu de bouillon de poulet très-léger, ou bien de l'eau d'orge coupée avec du lait, en ayant soin de faire boire l'enfant avec une cuiller, et non avec le biberon de plomb dont il se servait. Les cicatrices sont demeurées intactes, malgré la toux fréquente et les cris pendant plusieurs jours.

Le 17 avril, l'enfant quitta Orléans, toutes les plaies étant bien réunies, même dans le point où il y avait eu un peu de suppuration.

Un mois après l'opération, j'allai revoir ce petit malade avec mon ami, M. le docteur Gosselin, prosecteur de la Faculté, et nous le trouvâmes dans l'état suivant. Les cicatrices de la lèvre sont en bon état; seulement il existe un petit angle rentrant sur la ligne médiane. Le lobule du nez est beaucoup moins tiraillé et déprimé en bas qu'on ne l'aurait supposé avant l'opération; la narine gauche est un peu plus petite que la droite. Le tubercule osseux intermaxillaire, tout entier caché derrière la lèvre, est dirigé verticalement en bas, et placé sur le même niveau que les deux os maxillaires, de façon que les dents qu'il doit supporter seront dans une situation convenable.

En outre, ce tubercule osseux est fixe et solide entre les deux os maxillaires, ce dont nous nous sommes assurés en essayant de le déplacer avec le pouce et l'index. Il paraît confondu avec le reste du bord alvéolaire, sans qu'on aperçoive de vide ou de suppuration sur sa limite.

Réflexions. — I. Je pense que si le procédé qui a été mis en usage chez notre enfant offre des avantages pour les suites définitives de l'opération, c'est assurément lorsqu'on opère dans un âge très-peu avancé. Je ne veux point ici discuter sur l'âge le plus convenable pour pratiquer l'opération du bec-de-lièvre; l'observation que je rapporte est un cas de succès à six mois; voilà tout ce que j'ai à dire à cet égard : mais j'ajoute seulement qu'une fois l'opération admise chez de jeunes enfants, il y a de grands avantages à avoir recours au procédé que nous avons suivi. En effet, en conservant les deux os incisifs qui forment le tubercule osseux moyen du bec-de-lièvre double et compliqué, non-seulement on met le malade dans le cas de conserver un jour l'intégrité du bord alvéolaire et le nombre de ses dents, mais on se prépare en outre des chances favorables pour obtenir une diminution dans l'écartement de la voûte palatine. On sait combien sont infidèles les moyens artificiels de rapprochement que l'on a plusieurs fois mis en usage, en exerçant une compression sur les deux mâchoires supérieures; et il est certain que le rétablissement de la voûte palatine en un point de son étendue doit solliciter puissamment le retrait des os maxillaires et leur rapprochement graduel et spontané. Cet effet arrivera d'une manière d'autant plus sûre et plus prompte qu'on aura opéré dans un âge plus tendre; et, sous ce rapport, je crois que le procédé dont il s'agit doit désormais servir de motif pour décider les chirurgiens à opérer de très-jeunes enfants. Le temps seul apprendra jusqu'à quel point au juste on doit compter sur le rapprochement spontané de la voûte palatine, après l'opération précédente; mais en attendant la confirmation de cette idée, on ne saurait nier l'appui que lui prête le raisonnement. Je rappellerai que c'était pour atteindre un but semblable que Sanson a essayé une fois de faire adhérer un lambeau pris sur le bord de la langue, entre les deux portions de la muqueuse palatine, dans un cas de bifidité de cette voûte.

II. On a dû voir que j'ai avivé les bords osseux tout aussi bien que les bords charnus, avant de porter en arrière le tubercule intermaxillaire. Cette conduite n'ayant point été suivie par M. Blandin, et n'ayant été nulle part conseillée, j'ai besoin de l'appuyer de quelques motifs. Je dirai d'abord que j'ai simplement cherché à rendre les quatre bords osseux correspondants saignants et vifs; mais supposons que j'aie enlevé toute la muqueuse qui leur sert de périoste, jusqu'au tissu osseux, est-ce à dire pour cela que l'on doive craindre, soit une nécrose, soit une inflammation et une carie des surfaces osseuses mises à nu? Je pense qu'il n'en saurait être ainsi pour des os si spongieux, si vasculaires et dans un âge aussi tendre; mais que plutôt, si un travail doit s'établir, ce sera un travail d'union et de cicatrice, comme entre les deux bouts d'un os fracturé. Je pense donc qu'on peut se comporter ici envers les os comme envers les parties molles; et ce qui est arrivé chez notre petit malade justifie

cette manière de voir, puisqu'il y a eu union prompte, et qu'après un mois tout était solide, sans trace de suppuration. Or, s'il en est ainsi, il n'est pas douteux qu'il y a tout avantage à agir de la façon précédente, car on obtient une réunion plus prompte du tubercule osseux avec les mâchoires ; partant, l'intégrité de la restauration faite à la lèvre est mieux assurée, puisque la portion d'os qui la supporte, devenant fixe de bonne heure, a moins de tendance à reprendre sa place défectueuse en avant. Chez le malade opéré par M. Blandin, le tubercule intermaxillaire était encore très-mobile, et chez le mien, au contraire, il était déjà à peu près fixe 15 jours après l'opération, et entièrement au bout d'un mois. Je pense que cette différence ne résulte pas seulement de l'âge différent des deux malades, mais qu'elle tient surtout à ce que chez mon opéré les bords osseux ont été avivés avant d'être mis en contact, tandis qu'il n'en a pas été ainsi chez le malade de M. Blandin.

III. Il est survenu un petit accident qui, sans doute, ne peut avoir beaucoup d'importance, mais de la possibilité duquel il est bon d'être prévenu ; c'est que l'enfant a avalé le morceau triangulaire enlevé à la cloison. On comprend qu'un enfant à la mamelle, qui suce tout ce qui est dans sa bouche, a pu avaler ce corps étranger avant que nous ayons pu le ressaisir après sa section ; mais il sera facile de prévenir un pareil accident, en saisissant le lambeau de la cloison avec une pince ou une érigne, ou une anse de fil, avant de le détacher, et l'attirant ensuite au dehors après sa section.

IV. Eu égard à la manière de passer les épingles, pour la suture, j'ai agi d'une façon qui n'est point conseillée. On recommande de traverser obliquement l'épaisseur de la lèvre de la plaie, de manière à sortir au bord libre, sur la limite des 3/4 antérieurs avec le 1/4 postérieur de ce bord. J'ai préféré traverser l'épaisseur entière de la lèvre, non perpendiculairement, il est vrai, mais obliquement, comme on le fait toujours, et de façon à percer la face postérieure près du bord libre, pour entrer dans l'autre lèvre par la même face, sans toucher le bord. A cela on peut objecter que le trajet parcouru par l'épingle est rendu moins égal et moins régulier que lorsqu'on sort et qu'on entre par les bords à unir. Cela est vrai. Dans ce dernier cas, la courbe est un peu plus régulière. Mais si on s'est servi d'épingles effilées et flexibles, l'inégalité de son parcours est d'autant moins sensible que les fils entrecroisés au-devant des lèvres égalisent, par une pression graduée, le plan des différentes petites plaies. Puis, d'ailleurs, croit-on qu'il est indifférent de passer une épingle dans l'épaisseur des lèvres, pour une suture délicate? Dans ce cas-ci, par exemple, les deux lambeaux latéraux se touchaient par une courte surface, au-dessous du lambeau moyen trop court. Le point où passe une aiguille suppure toujours un peu; et un point de suppuration, dans l'endroit où se touchent deux bords très-étroits, suffit pour faire manquer la réunion. Je crois, en résumé, qu'il faut laisser exempts de corps étrangers, dans toute leur longueur, les bords libres que l'on veut mettre en contact. Cela est surtout avantageux lorsque les lambeaux ont peu d'épaisseur, et qu'il importe, comme chez les enfants, d'obtenir une réunion primitive et complète du premier coup.

Debrou.

BIBLIOGRAPHIE.

Du traitement des fausses ankiloses *et de la contracture des membres par la compression aidée de l'extension, sans l'emploi de la ténotomie*; par M. Dancel. — In-8° de 76 pages. — Paris, J.-B. Baillière.

Petite brochure qui ne brille pas par un excès de méthode, mais qui renferme des observations assez importantes et des vues pratiques un peu exagérées peut-être, mais dans tous les cas bonnes à méditer.

M. Dancel s'élève vivement contre l'abus que l'on fait de la ténotomie dans le traitement des contractures musculaires. Il pense que cette opération, qui n'est pas toujours sans danger, peut être souvent remplacée par la compression aidée de l'extension, et il présente à l'appui neuf observations sur lesquelles il convient de fixer l'attention du lecteur.

La première est celle d'une ouvrière de 24 ans, qui, à la suite d'une saignée au bras gauche, avait eu à l'endroit même de la saignée une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, suivie d'un abcès ; et 15 jours plus tard, pour une autre saignée au bras droit, un accident tout pareil au premier. Mais pour ce bras les résultats furent plus graves ; l'avant-bras se fléchit à angle aigu ; les doigts se fléchirent à leur tour; la main elle-même, tirée fortement dans le sens de l'adduction, forma un angle presque droit avec l'avant-bras. La malade souffrait horriblement de la pression des ongles qui s'enfonçaient dans les chairs de la main. On essaya de les écarter en introduisant entre la paume et les doigts une cheville en bois e forme conique ; elle ne put être supportée que 8 jours. Frictions, liniments, vésicatoires volants; bains de sang de bœuf, douches; efforts mécaniques pour étendre les doigts et

l'avant-bras, tout fut vain; la ténotomie paraissait la seule ressource. Enfin, près de quatre mois après la saignée, la malade s'adressa à M. Dancel, et ici nous ne pouvons mieux faire que de le laisser parler.

« Je cherchai à redresser le petit doigt, mais inutilement, et la fille Cannevin me dit que je le lui romprais plutôt que d'y parvenir; que les garçons de la boucherie où elle allait prendre des bains de sang de bœuf avaient pour cela déployé plus de forces que je ne pourrais le faire. Je pris alors une bande de forte toile d'une longueur convenable, et je comprimai fortement l'avant-bras et le bras au moyen d'un bandage roulé. J'attendis quelques instants, puis je recommençai mes tentatives de redressement. Je parvins, au grand étonnement de la malade, à relever les doigts les uns après les autres, et assez pour placer entre eux et le fond de la main un tampon de l'épaisseur de 2 centimètres environ; alors j'ôtai le bandage compressif, pour le réappliquer de suite sur ces parties en y comprenant cette fois la main.

« Le lendemain, 9 juin, la malade me dit qu'elle avait peu dormi; qu'elle avait ressenti toute la nuit dans la main et l'avant-bras des battements qui l'avaient agacée. L'angle formé par la main sur l avant-bras dans le sens de l'adduction était un peu plus obtus. Le pouce, qui présentait la veille une flexion insurmontable de la 2e phalange sur la première, était droit; l'on pouvait, sans beaucoup d'efforts, l'éloigner de l'indicateur, sur lequel il m'avait paru comme collé. Je pus relever l'un après l'autre tous les doigts, et placer entre eux et le fond de la main un tampon double en épaisseur de celui qui avait été mis le jour précédent. »

Ces progrès si remarquables se continuèrent sans interruption. « Le 24 juin, le mieux qui avait augmenté tous les jours présenta les résultats suivants : la fille Cannevin ayant les doigts, la main et l'avant-bras débarrassés de leurs liens, peut, avec la paume et l'indicateur, saisir, tenir quelque temps, puis lâcher à volonté un morceau de linge. L'épaule, dont tous les mouvements sont devenus libres, est de la hauteur de l'autre. L'avant-bras s'étend bien sur le bras. Le tendon du biceps a repris son état naturel. »

Enfin, le 30 juin, moins de trois semaines après le début du traitement, la malade recommença à faire usage de sa main pour sa double profession de couturière et de blanchisseuse.

L'observation amenée à ce point est déjà fort curieuse; mais la suite offre peut-être encore plus d'intérêt.

En effet, au bout de 2 ans, à la suite d'un travail forcé et de douleurs assez vives dans le bras droit, la contracture reparut en 24 heures presque aussi forte qu'auparavant; et la malade, ne pouvant trouver de soulagement dans sa province, vint à Paris retrouver M. Dancel qui la fit entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blandin, qui désira juger par lui-même de l'effet de la compression. Le 30 mai il établit donc, à l'aide du bandage roulé, une forte compression sur l'avant-bras et le bras. Cela fait, on put presque aussitôt redresser les doigts fléchis. On renouvela le bandage en ajoutant une attelle étendue du coude jusqu'aux doigts, et on laissa l'appareil en place durant 4 jours. On ne le renouvela qu'une fois, et le 6 juin la malade sortait guérie.

La deuxième observation a trait à une extension du pied avec œdème et ulcère fistuleux; la troisième est presque semblable à la seconde; la quatrième concerne une rétraction aiguë de l'aponévrose palmaire; les autres peuvent être négligées, soit parce que le traitement n'a pas été complet, soit parce qu'il a consisté en toute autre chose que la compression à la manière de l'auteur; il en est d'ailleurs quelques-unes qui ne lui appartiennent pas.

De tout cela est-il possible de tirer une conclusion générale, et peut-on partager cette espérance de l'auteur que la compression sera un remède souverain pour toutes sortes de contractures? Evidemment non; ses observations sont trop peu nombreuses, et pour en dire ici notre avis, la première seule porte tous les caractères d'une véritable contracture et d'un succès véritable. Comment la compression a-t-elle agi dans ce cas? M. Dancel pense qu'elle a pour effet d'alonger les muscles, d'affaiblir conséquemment leur contraction et de dissiper leur rigidité. Il estime que l'on en obtiendrait le même bénéfice en l'appliquant aux membres luxés : et il rapporte un cas de réduction d'une luxation récente du fémur en haut et en dehors, obtenue en moins d'une minute, après qu'il eut entouré le membre depuis le pied jusqu'au bassin d'un bandage roulé fortement serré. Nous n'oserions attribuer à la compression autant d'efficacité, et il est d'autres exemples d'une réduction plus facile encore, pour lesquels on n'y avait pas eu recours. Nous avons même essayé le bandage roulé compressif de M. Dancel dans un cas de flexion permanente des doigts survenue par un repos trop prolongé du membre, à la suite d'une fracture du col huméral. L'accident datait d'un an; les articulations étaient raides, mais non soudées; le bandage fut tout aussi inutile que les autres moyens.

Au total, on ne saurait nier les heureux effets de la compression appliquée à deux reprises différentes sur le sujet de la première observation; et ce qui a été obtenu deux fois

est certainement de nature à être obtenu encore. Seulement il reste à rechercher dans quels cas, en dehors de quelles complications, et au bout de combien de temps la compression peut être appliquée avec fruit, et nous engageons fortement M. Dancel à poursuivre ses recherches de manière à nous donner la solution de toutes ces questions.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—L'Académie des sciences n'a reçu, dans ce mois, aucune communication qui intéresse la chirurgie, sauf une note de M. Scoutetten *sur la trachéotomie dans la période extrême du croup*. M. Scoutetten s'est trouvé dans la terrible nécessité de pratiquer cette opération sur sa propre fille, âgée seulement de six semaines, et il a eu le bonheur de la sauver. Ce succès, qui remonte à 1830, est donc l'un des premiers obtenus. Au reste, depuis cette époque, l'auteur a été appelé pour opérer six sujets : 4 filles et 2 garçons, et malgré tous ses soins, il n'en a pu sauver un seul.

Académie de médecine. — Les dernières séances de décembre ont été consacrées au renouvellement du bureau. M. Ferrus a été nommé président ; — M. Caventou, vice-président ; — M. Dubois d'Amiens continué dans ses fonctions de secrétaire annuel ; — MM. Paul Dubois, Londe et Louis sont entrés dans le conseil d'administration.

9 *janvier*.—M. A. Bérard fait un rapport sur un mémoire de M. Lasserre, membre correspondant, *sur les fractures des malléoles avec issue des fragments à travers la peau*. Dans quatre cas observés par l'auteur, la réduction a toujours été facile; mais une seule fois seulement la fracture a pu être contenue ; dans les trois autres cas, des accidents graves ont mis obstacle à la coaptation et ont nécessité l'amputation. M. Bérard saisit cette occasion pour entretenir l'Académie de sa propre pratique, qui consiste à faire la section du tendon d'Achille et même des péroniers, afin de faciliter la réduction (voyez ci-devant, tom. 1er, pag. 341), et puis à placer le membre dans une gouttière en fil de fer, analogue à celle de M. Mayor.

M. Velpeau pense que la résection des fragments est préférable à la section du tendon d'Achille. M. Roux parle dans le même sens, et considère la section du tendon comme un moyen extrême.

M. Bérard ne conteste pas l'efficacité de la résection; mais il pense que la section du tendon d'Achille étant la plus innocente, c'est par là qu'il faut commencer, sauf à recourir ensuite, si besoin est, à la résection des fragments.

— M. Cruveilhier lit un mémoire *Sur les corps fibreux de la mamelle, envisagés sous le point de vue anatomique et pratique*.— Une discussion s'est entamée sur cet important travail; nous en rendrons compte lorsqu'elle sera terminée.

Prix proposés par les sociétés savantes. — La *Société de médecine d'Anvers* propose, pour le concours de 1844, la question suivante :

Faire l'historique de l'étranglement herniaire, et soumettre à une appréciation critique les différents modes de traitement.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 100 francs. Les mémoires, écrits en latin, français, allemand, anglais ou flamand, devront être envoyés dans les formes académiques et francs de port au secrétaire de la société, avant le 1er novembre 1844.

— La *Société de Médecine de Bordeaux* rappelle la question qu'elle a proposée l'année dernière pour 1844 :

Déterminer, par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique et par l'analyse chimique les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentale que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 600 francs.— Les mémoires, écrits en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus francs de port chez M. Burgent, secrétaire général de la Société, rue Fondandège, n° 67, avant le 15 juin 1844.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

// JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

FÉVRIER 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur l'abus et le danger des sections tendineuses et musculaires *dans le traitement de certaines difformités* : par **M. MALGAIGNE** (1).

En médecine comme en chirurgie, mais en chirurgie plus encore qu'en médecine, ce qui distingue le vrai praticien, ce qui fait la gloire et la moralité de l'art, ce n'est pas seulement de savoir ce qu'il faut faire, mais encore et surtout de savoir ce qu'il ne faut pas faire. L'inaction a sans doute quelquefois ses dangers, mais bien moins fréquents et surtout bien moins graves que ceux de l'action désordonnée, aveugle, sans principes et sans frein.

Dans un travail qui n'a pas manqué de retentissement, en exposant les premiers résultats de notre enquête sur *quelques illusions orthopédiques*, nous avions donné l'histoire d'une paralysie du pied traitée par la section du tendon d'Achille ; et quelles qu'eussent été nos impressions, nous nous étions borné à cette réflexion assurément fort bénigne : ***s'il s'agissait ici d'une question de thérapeutique, nous aurions bien quelque chose à dire de cette section du tendon pour une paralysie.*** Depuis lors l'occasion de traiter cette

(1) Un extrait de ce mémoire a été adressé à l'Académie royale des sciences, le 5 février 1844.

question ne s'était pas présentée; mais elle vient de nous être offerte par la *Gazette médicale*, d'une façon tout inopinée et qui veut que l'on s'y arrête.

Voici ce qu'on lisait dans un des derniers feuilletons de ce journal:

« Un chirurgien a à traiter un pied difforme, où *tous les muscles, moins deux ou trois*, sont paralysés. Ceux qui ne sont point paralysés sont rétractés, et ils entraînent le pied dans le sens de leur action. Cependant, si on ne peut guérir la paralysie avec la ténotomie, *on peut et on doit* corriger la direction vicieuse du pied, en divisant les tendons qui la commandent et l'entretiennent. *Cela est fait.* Un docteur en critique intervient, et il déchaîne ses foudres contre l'opérateur et contre l'opération, sous le prétexte qu'on n'a jamais vu traiter la paralysie des muscles par la section des tendons. On lui fait remarquer qu'il y a souvent dans le même membre des muscles rétractés et des muscles paralysés ; que les uns peuvent être divisés alors qu'on se borne à réveiller l'action des autres ; *on lui apprend tout cela*, et on justifie cette réponse : *Ne sutor ultrà crepidam.* Qu'importe, il persiste; il en sait infiniment plus qu'Appelles. »

Il ne faut pas faire trop attention à ce style étrange, à ce ton de mauvaise humeur dans lequel se complaît le rédacteur orthopédique de la *Gazette médicale*, et qui ne peut blesser tout au plus que le goût de ses lecteurs. Mais ce qui est autrement grave, et ce qui entraînerait des conséquences bien plus fâcheuses, c'est la doctrine qu'il essaie enfin de formuler après l'avoir mise en pratique, et c'est là surtout ce qu'il importe d'examiner.

Suivant cette doctrine, lorsque dans un membre il y a des muscles paralysés et d'autres qui ne le sont point, on peut et l'on doit diviser ceux-ci, dans le but de corriger la direction vicieuse du membre. Pourquoi les coupe-t-on? Parce qu'ils sont rétractés et qu'ils entraînent le membre dans le sens de leur action. Et l'on ajoute que *cela a été fait*, ce qui s'entend sans nul doute du succès obtenu ; et cette affirmation a plus particulièrement pour objet le fait du pied paralytique que nous mentionnions tout à l'heure.

Un premier point à éclaircir ici est de savoir ce que l'auteur entend par des muscles *rétractés*. S'agit-il de la rétraction physiologique pure et simple, qui se rencontre dans tous les muscles sains opposés à des muscles paralysés? On serait tenté de le croire d'après le texte rapporté plus haut ; et il est très-certain que, dans le pied paralytique en question, on a coupé le tendon d'Achille pour la simple rétraction physiologique de ses muscles. Dans ce sens, la nouvelle doctrine est tellement en opposition avec les notions les plus positives de la chirurgie et du sens commun, qu'il est véritablement superflu de la combattre. Jamais un muscle, agissant par sa seule rétraction physiologique, ne s'opposera à ce que le pied soit ramené dans la direction naturelle par l'effort de la main, par l'application d'une bottine. Et si vous procédez à sa section, qu'en espérez-vous donc? Ou bien la réunion se fera, le muscle reprendra plus ou moins de sa force, et se trouvera toujours assez puissant pour dévier le pied paralysé ; ou bien l'action sera perdue, et au lieu d'une paralysie partielle, on aura procuré une paralysie complète. Est-ce là un résultat à rechercher?

Mais le deuxième point à éclaircir, c'est le succès obtenu. *Cela a été fait*, dit le texte, ce qui présente aussi deux sens. Si l'on a voulu dire que la section avait été faite en dépit des contre-indications, le mot est juste, cela a été fait. Mais si, comme le bon sens porterait à le croire, cela signifie que le succès a suivi l'opération, alors, non : *cela n'a pas été fait;* et sans plus de discours nous remettrons le fait sous les yeux de nos lecteurs.

Obs. I. — *Paralysie du pied simulant le pied-bot; section du tendon d'Achille; nullité du résultat.*

« Eugénie Briard, âgée de 6 ans, demeurant rue de l'Ecole-de-Médecine, 37 ; entrée le 31 août 1842 dans le service orthopédique de l'hôpital des Enfants, sortie le 29 septembre.

« Née avec une très-belle conformation, elle eut à 2 ans des convulsions à la suite desquelles la jambe gauche demeura paralysée. Peu à peu la jambe parvint à se fléchir et à s'é-

tendre; mais le pied pendait sans force et sans mouvement; M. Bouvier, consulté, reconnut la paralysie, prescrivit une bottine à ressort pour assujettir le pied dans une position normale, et pour le reste s'en remit au temps et à la nature. Après 3 ans, la paralysie avait bien peu diminué; le pied pendait en bas et se déviait en dehors; on la porta à M. Guérin qui écrivit sur la pancarte, *pied-bot valgus;* et qui, au dire de la mère, lui coupa le tendon d'Achille. À sa sortie, il la munit d'une bottine que la mère paya 20 francs, et lui promit que l'enfant guérirait de son pied-bot, mais non peut-être de sa paralysie. Au moment où nous écrivons (août 1843), le pied est dans le même état qu'avant le traitement; la démarche est extraordinairement vacillante; le rachis commence à se dévier; la jambe est raccourcie d'un centimètre, le pied d'autant; le mollet a 3 millimètres de moins que celui du côté sain. »

Voilà donc un tendon d'Achille coupé pour une simple rétraction physiologique; les muscles ne faisaient nul obstacle au redressement du pied, puisque M. Bouvier avant l'opération l'avait mis dans une bottine; puisqu'après l'opération, l'état étant demeuré le même au dire de la mère, le moindre effort suffisait pour le diriger dans tous les sens. Quant au succès, chacun peut l'estimer à sa juste valeur.

Je dis donc, et je pose comme un principe strict et sans exception, qu'il est irrationnel de couper les muscles sains dans les membres à demi paralysés; et ce qui a été fait à cet égard est assez significatif pour que nul chirurgien ne soit tenté de le refaire.

Voyons maintenant si la doctrine est mieux fondée dans les cas de rétraction pathologique ou de contracture. A cet égard il faut distinguer.

Que la contracture des muscles du mollet, par exemple, relève invinciblement le talon d'un pied d'ailleurs paralysé, de telle sorte que la marche en soit empêchée; le pied ne pouvant se loger aisément dans une bottine ordinaire, la section pourra être permise. Et pourquoi? C'est qu'il n'est pas d'autre moyen de ramener le pied à sa direction; c'est que le redressement du pied rendra la marche plus facile. Le pied sera paralysé, soit; il vaudra mieux ainsi qu'auparavant.

Montez au genou; les muscles rotuliens sont paralysés, les fléchisseurs contracturés; il faut au malade une béquille ou une jambe de bois. Alors si le redressement l'exige, vous pouvez couper sans crainte; le genou restera paralysé, mais vous l'immobiliserez à l'aide d'une gouttière; le malade marchera comme s'il avait une ankylose, ce qui vaut infiniment mieux qu'une jambe de bois. Voilà ce qu'enseigne et ce que permet une saine chirurgie; et quand on a en vue un bénéfice certain, sans aucune chance de perte, toute opération est bonne et rationnelle.

Mais remarquez bien cette condition, c'est qu'il y ait certitude d'un bénéfice; et si par exemple tous les muscles de la cuisse sont paralysés, si le malade est incapable de se soutenir, encore plus incapable de se mouvoir, à quoi tendent vos opérations? Que lui importe, s'il ne doit jamais se servir de son membre, de l'avoir fléchi ou redressé? Bien plus, il est de ces malheureux paralytiques pour qui les jambes valent mieux fléchies qu'étendues; le cul-de-jatte qui se meut sur son écuelle serait fort embarrassé si quelque orthopédiste lui redressait ses membres si bien fléchis. Opérer dans les cas de ce genre, opérer sans aucune chance de servir, et au contraire avec toute sorte de chance de nuire, voilà où tend la doctrine que nous voulons combattre, voilà ce qu'elle a déjà fait, non pas une fois, mais plusieurs, et malgré des revers qu'elle cachait avec soin; et il importe donc de mettre ces revers dans tout leur jour, afin qu'il ne s'en produise pas davantage.

Je parlais tout à l'heure de simples culs-de-jatte: on conçoit que si la paralysie est plus étendue encore, si elle a envahi les bras et les mains, l'opération sera encore bien plus frappée d'inutilité, et ses résultats bien autrement tristes pour les malades. Or, c'est précisément dans deux cas de ce genre que de nombreuses sections musculaires et tendineuses ont été pratiquées; tout le monde savant en a retenti, et jusqu'au monde politique; avec cette seule restriction que les opérations étaient hautement annoncées comme une merveille, et que le plus complet silence était gardé sur les vrais résultats.

La première annonce de ce genre fut adressée à l'Académie royale des sciences, le 20 janvier 1840; il s'agissait de la section en une seule séance de 13 muscles ou tendons.

« J'ai fait, il y a trois semaines, disait l'auteur, à l'hôpital des Enfants, chez une jeune fille de 14 ans, la section des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, pour deux luxations incomplètes des genoux, produites par la rétraction primitive de ces muscles; il y avait des deux côtés subluxation des tibias en arrière sur les condyles du fémur, rotation de la jambe d'un quart de cercle en dehors, et inclinaison en dehors de cette dernière sur le fémur, de 60 degrés environ. La rotation en dehors, l'inclinaison latérale et le glissement en arrière des tibias, ont pu dès le lendemain de l'opération être ramenés à la simple flexion normale de la jambe sur la cuisse; et, depuis cette époque, il ne reste des deux difformités qu'un certain degré de flexion permanente de l'articulation. »

L'observation ainsi présentée ne donnait-elle pas l'assurance d'un merveilleux succès? Cependant la jeune fille en question, après être encore restée plus de cinq mois dans le service, et avoir subi diverses autres sections qui en portaient le nombre total à 19, était tristement renvoyée à la Salpêtrière, beaucoup plus infirme qu'elle n'en était sortie. Voici son histoire, continuée jusqu'au 1er novembre 1843.

Obs. II.—*Paralysie avec contracture étendue à tous les membres;* 19 *sections de tendons; état pire qu'auparavant.*

Eugénie Wilson, née le 24 juillet 1825, entrée dans le service orthopédique le 6 septembre 1839, sortie le 29 juin 1840, aujourd'hui à la Salpêtrière, section Saint-Charles.

Dans son enfance, elle avait eu plusieurs attaques de convulsions externes. A l'âge de 7 ans elle fut prise de ce qu'elle nomme des *convulsions internes,* qui durèrent 24 heures, et elle resta particulièrement 12 heures sans pouvoir parler. C'est de cette époque que datent les contractures et la paralysie dont elle est encore affligée aujourd'hui. Vers l'âge de 10 ans, elle fut conduite à l'hôpital des Enfants pour être traitée de cette paralysie; on lui appliqua à la région cervicale 8 ventouses scarifiées et ensuite 8 moxas, le tout en vain, et elle sortit comme elle était entrée. Du reste, elle n'a jamais été autrement malade, et l'intelligence est nette et entière.

Pour la faire admettre plus sûrement à la Salpêtrière, on l'avait envoyée parmi les aliénées. Ce fut là que M. Mitivier la trouva; touché de son état, il l'adressa à M. Guérin. Celui-ci la reçut, comme il a été dit, le 6 septembre 1839; il lui pratiqua, le 20 décembre, non pas 13, mais 14 sections au dire de la malade; puis 5 autres plus tard. Elle eut, dit-elle, quelques jours de fièvre à la suite de la première séance opératoire; mais les deux autres séances furent parfaitement supportées.

Quel était donc son état et pourquoi toutes ces opérations?

Elle offrait des difformités au tronc et aux quatre membres.

1° *Tronc.*—Au tronc il y avait et il y a encore une déviation latérale du rachis, avec saillie de l'épaule gauche; on n'y a pas touché; je la note seulement parce que, ayant cherché des indices de rétraction musculaire dans les gouttières vertébrales, je n'en ai pas trouvé la moindre trace.

2° *Membres inférieurs.*—Les membres inférieurs sont presque entièrement paralysés; depuis l'âge de 11 ans elle a tout à fait cessé de marcher; il faut la lever, la coucher, la porter comme un cul-de-jatte. La cuisse droite est fléchie sur le bassin à angle de 150°; l'extension est impossible de toute manière; la flexion volontaire impossible, et extrêmement bornée même quand on cherche à l'opérer. L'adduction et l'abduction se font à l'aide d'une force extérieure; mais la volonté y peut à peine quelque chose.

La jambe est à demi luxée en arrière sur la cuisse, et de plus dans une légère abduction et dans la rotation en dehors. Elle est fléchie à angle droit, sans pouvoir être étendue en aucune manière; mais elle peut se fléchir au point de mettre le mollet en contact avec la cuisse.

Le pied représente une variété de l'équin en dehors, Il a conservé quelques mouve-

ments fort peu étendus. On peut avec la main, sans effort, le ramener presque à l'angle droit sur la jambe; les tendons des péroniers et le tendon d'Achille opposant une très-faible résistance.

La cuisse gauche est aussi légèrement fléchie sur le bassin, et ne jouit que d'une abduction et d'une adduction plus faibles encore que la droite. La jambe est fléchie sur la cuisse, dans la rotation en dehors, et dans une abduction très-marquée. Le genou est donc plus saillant en dedans que celui du côté droit; mais la subluxation du tibia est moindre. Le mouvement de flexion est très-borné.

Le pied gauche déformé en équin varus est presque absolument paralysé; à peine y a-t-il un mouvement sensible des orteils.

Ajoutez que ces deux pieds sont rouges, gonflés; que la malade a continuellement froid aux deux jambes, et que le pied gauche en particulier est d'un froid de glace.

Si l'on compare cette description avec celle de M. Guérin, on n'y trouvera pas de différence bien sensible. La subluxation, la rotation en dehors, l'abduction de la jambe qu'il se flattait d'avoir corrigées, existent encore aujourd'hui sur les deux membres; déjà, deux ans et demi avant nous, M. Phillips les avait à peu près retrouvées aussi marquées; de telle sorte qu'à cet égard l'opération a été tout au moins inutile. Mais elle a eu d'autres suites plus fâcheuses; avant l'opération, la malade ne souffrait jamais des membres inférieurs; aujourd'hui, toutes les fois que le temps se refroidit ou veut changer, elle ressent dans les pieds et les genoux, vers les points traversés par l'instrument, des douleurs vives et telles qu'il lui semble, dit-elle, qu'on l'opère de nouveau.

Ces résultats ont été obtenus moyennant 16 sections. Nous savons déjà qu'il y en a eu 4 au genou droit et 4 au genou gauche; mais, dans la deuxième séance, il a été pratiqué au genou droit 2 sections nouvelles. Total, 10. Le pied droit a eu pour sa part 4 sections, le pied gauche 2; en tout 16 pour les membres inférieurs.

3° *Membres supérieurs.* — Le bras droit a tous ses mouvements libres, il en est de même de l'avant-bras; mais la main est fortement gênée. Comme ici les suites ont été plus tristes, la malade a eu le temps de comparer son ancien et son nouvel état pour en faire une description très-minutieuse; voici dans quel état elle était avant l'opération.

La main se présentait dans une abduction forcée, un peu fléchie en arrière, conservant un mouvement très-borné de flexion et d'extension sur le poignet. Le pouce était droit, sans aucun mouvement; les quatre autres doigts à demi fléchis étaient presque entièrement immobiles; seulement, déjà quasi-collés les uns contre les autres, ils pouvaient se rapprocher encore un peu, mais d'un mouvement presque imperceptible. Le médius seul avait conservé un petit mouvement de flexion qui lui permettait de se porter vers le pouce; la jeune fille tenait donc son aiguille entre ces deux doigts avec assez de force pour l'implanter dans le linge, puis la reprendre et la tirer de l'autre côté; si le linge était dur, elle poussait l'aiguille avec les doigts, et si cela ne suffisait pas, elle la retirait avec les dents. Moyennant toutes ces ressources, elle pouvait s'occuper à la couture toute la journée sans se fatiguer; à l'exception de certains jours, où, soit à cause de peines morales, soit qu'elle fût prise de maux de nerfs, elle ne pouvait s'adonner au travail.

Lorsque M. Guérin eut guéri les deux membres inférieurs, ainsi qu'on vient de le voir, il se mit donc en devoir de guérir aussi les autres; et, commençant par cette main, il fit trois sections tendineuses à travers deux piqûres qui se voient encore près de la *tabatière.* Ces trois sections n'ont point causé d'accidents, n'ont point laissé de douleurs à leur suite; et ont ramené la main à l'extension directe sur l'avant-bras. Mais, d'un autre côté, les mouvements déjà si faibles ont encore diminué; le médius ne se rapproche plus du pouce; en conséquence la malade ne peut plus tenir son aiguille qu'entre le médius et l'annulaire, ou entre le pouce et l'index; mais, dans l'un et l'autre cas, avec si peu de force que le moindre choc la fait tomber. Pour coudre, elle porte la pointe de l'aiguille sur le linge, la pousse avec le poignet, la tire avec les dents, puis la reprend

de la même manière. On conçoit tout ce qu'une pareille manœuvre a de pénible; aussi la malade est fatiguée et obligée de s'arrêter après quelques minutes.

Quant au bras gauche, l'avant-bras est fléchi à angle droit et en demi-pronation, la main étendue, absolument paralysée du mouvement ainsi que les doigts. M. Guérin voulait aussi opérer de ce côté; mais la malade s'y est refusée.

En revenant sur les points essentiels de cette observation, on voit qu'elle se rattache directement à la première en ce que dans toutes deux on a opposé la ténotomie à des difformités entretenues par la paralysie. Mais ici le champ de l'expérimentation a été plus étendu; on s'est attaqué aux pieds, aux genoux, à la main.

Quant aux pieds, on n'a rien gagné, on ne pouvait rien gagner; l'opération a été inutile et nuisible.

Quant aux genoux, on n'a rien gagné, on ne pouvait rien gagner; l'opération a été inutile et nuisible.

Et quant à la main, le résultat a été plus défavorable encore, puisque des mouvements précieux ont été amoindris et perdus.

Maintenant, que l'on ait annoncé en pleine Académie des sciences, que des difformités des genoux il ne restait qu'un certain degré de flexion permanente, tandis que nous avons constaté le contraire; cela prouve seulement une grande facilité à se persuader ce que l'on désire, à moins qu'on n'aime mieux dire que le bénéfice obtenu n'a pas pu être conservé. Mais cela est peu de chose : ce qui doit par-dessus tout être hautement signalé, c'est le danger d'une doctrine qui recommande, qui prescrit des opérations de ce genre. Car lors même que par hasard on aurait corrigé la subluxation, la torsion et l'abduction de la jambe, quel profit la malade en aurait-elle retiré? Etait-ce bien la peine, pour donner une forme un peu meilleure à des membres impotents et paralytiques, de la tenir neuf mois à l'hôpital, et de lui faire subir 19 sections de tendons? Si ces opérations avaient un but, qu'on nous le dise; mais si ce but ne peut être assigné, ou si, ayant été poursuivi, il a été manqué, qu'on cesse de préconiser des essais que repousse la saine chirurgie.

On peut cependant, jusqu'à un certain point, comprendre et peut-être excuser ces tristes tentatives, en considérant qu'elles étaient nouvelles, que l'auteur avait à démontrer les avantages d'une méthode opératoire dont il revendiquait la découverte; et qu'il était bien séduisant de pouvoir dire le premier au monde qu'on avait coupé en une fois 13 muscles ou tendons sans accidents immédiats. Mais, après un revers aussi éclatant, peut-être le ténotome aurait-il dû se montrer plus réservé, et l'on n'aurait pas dû s'attendre à voir de nouveaux essais dépasser encore les premiers.

C'était donc le 29 juin 1840 qu'Eugénie Wilson était renvoyée du service orthopédique; deux mois plus tard, le 25 août, un jeune homme de 22 ans subissait, à la Muette, 42 sections de tendons, de muscles ou de ligaments; et six jours après l'annonce en était portée à l'Institut dans les termes qu'on va lire.

« Le 25 de ce mois, à cinq heures du soir, j'ai fait, sans désemparer, sur un jeune homme de 22 ans, la section sous-cutanée de 42 muscles, tendons ou ligaments, pour remédier à une série de difformités articulaires du tronc et des membres, causées par la rétraction active de ces muscles et ligaments. Cette série d'opérations a exigé 28 ouvertures à la peau. Les muscles, tendons et ligaments divisés sont les suivants :

Au tronc.........	Le grand pectoral..............................	1
Aux coudes........	Les deux biceps brachiaux........................	2
	Les ronds pronateurs............................	2
	Les deux radiaux antérieurs......................	2
	Les deux fléchisseurs communs superficiels............	2
	Les deux petits palmaires.........................	2
Aux avant-bras...	Les tendons isolés des deux cubitaux antérieurs.........	2
	Ceux des grands et petits palmaires..................	4
	Ceux des grands abducteurs du pouce................	2

Aux deux genoux..	Les deux couturiers......................................	2
	Les deux biceps cruraux...................................	2
	Les deux demi-membraneux..............................	2
	Les deux demi-tendineux..................................	2
	Les deux droits internes...................................	2
	Fascia lata..	1
	Ligaments latéraux externes............................	2
Aux deux pieds ...	Les deux tendons d'Achille	2
	Les deux jambiers antérieurs	2
	Les deux extenseurs communs.........................	2
	Les deux extenseurs propres du gros orteil............	2
	Les deux péroniers antérieurs..........................	2
		42

« Voici les résultats immédiats de ces opérations :

« L'opéré n'a éprouvé qu'une douleur et une fatigue médiocres ; il n'a proféré aucune plainte pendant les opérations, et celles-ci ont duré une heure. Une heure après, il s'est endormi d'un sommeil calme. La nuit et le jour suivant ont été très-tranquilles. Aucun accident inflammatoire n'est survenu, et le 3e jour, les 28 plaies étaient complétement cicatrisées. Aujourd'hui, 5e jour de ces opérations, les points de la peau qui ont été divisés sont débarrassés de toute espèce d'applications, et on distingue à peine les traces des cicatrices. »

Puis venaient les noms des médecins qui avaient été les témoins de ces opérations ; et revenant à ses procédés opératoires et aux difformités qui en avaient été l'objet, l'auteur ajoutait :

« Je me propose de faire connaître les uns et les autres en communiquant en temps opportun à l'Académie le résultat définitif de ces opérations. »

En présence de semblables témérités produites au grand jour avec une confiance inouïe, il faut le dire, non sans regret, la presse médicale manqua à sa mission. Elle aurait dû s'enquérir si ces opérations multipliées outre mesure avaient été nécessaires ou même fondées sur quelque apparence d'utilité ; il eût fallu demander pour quel ensemble de difformités l'on avait ainsi taillé cet homme aux quatre membres ; pourquoi l'on n'avait pas du moins échelonné les sections, de façon à n'en pratiquer à la fois que le nombre strictement indispensable ; et, enfin, c'était pour elle un droit et un devoir d'exiger qu'on lui rendît compte des suites ainsi qu'on l'avait promis.

Elle se tut, soit par dédain, soit par toute autre cause ; peut-être attendait-elle les résultats annoncés, et c'est ce qui explique le mieux son silence, car depuis bientôt quatre ans elle en est encore à attendre ces résultats. Il nous a fallu chercher dans la presse politique le peu de renseignements que nous pouvons ajouter ici ; M. Donné, rédacteur du feuilleton scientifique du *Journal des Débats*, avait été l'un des témoins de l'opération ; il avait examiné le malade ; c'est par lui que nous savons que c'était :

« Un pauvre jeune homme de 22 ans, d'une bonne famille, d'une intelligence développée, *perclus de tous ses membres*, et condamné à une misérable existence par suite d'une chute et d'une commotion du système nerveux arrivée dans son enfance, qui avaient mis tous les muscles de ses bras et de ses jambes dans un tel état de contraction que ces quatre membres étaient repliés sur eux-mêmes, accolés au tronc et *dépourvus de tout mouvement*. (*Débats* du 3 septembre 1840). »

On le voit ; il s'agissait d'une paralysie plus complète encore que celle d'Eugénie Wilson, et l'opération pouvait passer à l'avance pour bien plus irrationnelle encore. Après la section des muscles, on s'occupa de redresser les membres ; et le 23 septembre, on annonçait dans *les Débats*, que l'état du malade était *très-satisfaisant, tant sous le rapport de l'absence de tout accident que par les progrès rapides et remarquables qui s'étaient déjà opérés vers la guérison de sa déplorable infirmité*. On promettait d'ailleurs de faire connaître le résultat définitif.

Plusieurs mois se passèrent ; la *Gazette médicale* restait muette ; le *Journal des Débats* revenant sur ces opérations fit entendre alors un langage plus sévère :

« Quant au résultat final, disait-il, nous ne le jugeons pas encore, nous n'avons pas d'opinion positive à cet égard, et il faut du temps pour apprécier leur valeur réelle, leurs avantages définitifs ; nous y reviendrons un jour (6 janvier 1841). »

Nouvelle promesse, qui devait être aussi vaine que les précédentes. Mais hâtons-nous de déclarer que la faute n'en saurait être imputée à M. Donné ; que ce loyal et consciencieux écrivain fit ce qu'il put pour arriver à la connaissance des résultats qu'il avait promis au public ; il invita à plusieurs reprises M. Guérin à représenter son malade à l'Académie, toujours en vain ; et il nous a autorisé lui-même à répéter ce qu'il a bien voulu nous dire à cet égard.

Du reste, ce que le raisonnement faisait prévoir sur la valeur des résultats, l'expérience est venue malheureusement le confirmer ; un chirurgien se laissa égarer par l'exemple ; mais du moins s'empressa-t-il de confesser son erreur, et d'apprendre à ses confrères ce qu'il lui en avait coûté, afin que personne autre ne fût assez imprudent pour l'imiter.

« Cette opération, dit-il, venait d'être publiée à l'Académie des sciences ; elle avait donc par ce moyen acquis de la valeur et l'on pouvait la répéter sans pour cela montrer trop de témérité. J'eus bientôt l'occasion de l'exécuter ; mais le résultat ne donna pas tout ce que l'on était en droit d'espérer de l'annonce de M. Guérin. Comme il s'est tu sur les suites de son opération, je ne sais s'il a été plus heureux que moi. Voici l'opération que j'ai faite.

Obs. III.—*Contracture générale compliquée de paralysie ; section de 28 muscles ou tendons ; résultats définitifs.*

« Jérigen Son, âgé de 11 ans, de la colonie allemande à Saint-Pétersbourg, eut le choléra à l'âge de deux ans : il fut assez heureux pour échapper à cette désastreuse maladie, mais sa convalescence fut le commencement d'un supplice qui paraît ne devoir finir qu'avec la vie. Cet enfant me fut envoyé par un médecin qui me le fit voir comme un phénomène curieux. J'examinai ce sujet avec intérêt ; et, en étudiant successivement les membres, je vis, contractés avec violence, les muscles grands dorsaux, les deux pectoraux, les sus-épineux et les sous-épineux, les deux biceps du bras, les deux ronds pronateurs, les deux grands palmaires, les deux petits palmaires, les fléchisseurs superficiels. Les membres inférieurs étaient déviés par la contraction des muscles droits internes ; les deux biceps, les demi-tendineux et les demi-membraneux fléchissaient la jambe sur la cuisse, et les muscles du mollet tiraient le talon fortement en haut.

« Ce petit être replié sur lui-même, présentait l'aspect le plus misérable. Que l'on se figure une créature chétive, souffrante, étiolée, l'œil éteint et bordé d'un cercle bleu, sans apparence de vie, comme du plomb ; les bras invinciblement liés contre la poitrine, les avant-bras fléchis, sans mouvement sur les bras, les mains en forme de crochet, repliées sur la face interne des avant-bras, tous les doigts cramponnés dans la main, comme ceux des cadavres que l'on retire de l'eau ! Que l'on se figure les cuisses soudées au bassin, les jambes fléchies en angle aigu sur les cuisses, et les pieds presque renversés sur les jambes ! Que l'on se figure un être aussi misérable, et l'on sentira en soi-même qu'il était permis d'*oser* pour chercher à le soulager.

« Je fus encouragé à pratiquer cette opération par son excellence M. Arendt, qui avait vu M. Guérin couper les tendons dont je viens de parler. Tous ces muscles et ces tendons nommés plus haut furent divisés ; cette créature rabougrie fut allongée, mais aucun mouvement ne fut rétabli (1). »

Cette dernière phrase est un peu concise, et bien qu'elle dise tout ce qu'il faut dire pour quiconque la voudra méditer, il importe de lui donner ici toute sa signification réelle ; nous ne dirons rien d'ailleurs que nous ne tenions de M. Phillips lui-même.

(1) Ch. Phillips, *De la ténotomie sous-cutanée*, in-8°, 1841, pag. 18.

Eh bien, cette créature *misérable*, *rabougrie*, comme il la peint si énergiquement, avait encore au moins quelques mouvements profitables ; ce corps malheureux replié en boule, pouvait, en vertu même de cette triste forme, s'incliner à droite, à gauche, en avant, en arrière, comme ces poussahs de plâtre destinés à l'amusement des enfants ; et si les membres supérieurs collés à la poitrine ne pouvaient s'élever vers la bouche, la tête en s'inclinant en rapprochait la bouche, devenue le principal organe de la préhension. Mais quand tous les membres eurent été allongés, tous ces avantages furent perdus ; les bras collés le long du tronc ne servaient plus à rien ; le corps immobile dans sa longueur comme une barre d'acier, ne pouvait se retourner ni s'incliner d'aucun côté ; la tête seule restait mobile et vivante sur ce tronc réduit presque à l'état de cadavre : position affreuse et devant laquelle l'imagination n'ose s'arrêter.

Depuis le 1er août 1839 jusqu'au 1er juillet 1843, il est entré dans le service orthopédique de l'hôpital des Enfants six sujets atteints de paralysie plus ou moins complète. Quatre paraissent avoir été générales ; de ces quatre sujets, l'une est Eugénie Wilson dont nous avons raconté l'histoire ; une seconde n'est restée dans le service que 6 jours ; les deux autres sont mortes à l'hôpital, et autant qu'il paraît avant d'avoir subi aucune opération. Des deux cas de paralysie incomplète, l'un se rapporte à Eugénie Briard, l'autre à une enfant notée comme atteinte à la fois de pied-bot et de paraplégie ; il m'a été impossible de la retrouver.

En y joignant le malade aux 42 sections et l'opéré de M. Phillips, vous aurez la liste complète de tous les sujets sur lesquels a été appliquée la doctrine de la *Gazette médicale ;* et elle se trouvera naturellement jugée par les fruits qu'elle a déjà portés.

Mémoire pratique sur le Cysticerque (*Cysticercus cellulosæ*), *observé dans l'œil humain ; avec quatre observations inédites de l'auteur ;* par le docteur Sichel. (Suite et fin.)

§ XI. — *De la capsule ou enveloppe du cysticerque, de ses caractères anatomiques et de ses rapports avec les parties voisines.* — Les auteurs qui ont rapporté des observations de cysticerques placés sous la conjonctive n'ont presque pas parlé de la capsule qui enveloppe cet entozoaire ; elle donne cependant lieu à des considérations qui nous paraissent intéressantes et de quelque importance.

Cette capsule à laquelle les helminthologistes eux-mêmes n'ont accordé qu'une très-médiocre attention est, selon nous, une espèce de kyste fibreux. Nous disons une espèce, parce que, semblable en cela à tous les kystes formés autour de corps étrangers et destinés à les isoler et à les rendre inoffensifs, elle ne consiste qu'en couches nombreuses de tissu cellulaire, superposées, condensées et réunies en une seule membrane dans la composition de laquelle n'entrent point ces filaments fibreux véritables et entre-croisés d'une manière particulière qui sont essentiels au tissu fibreux proprement dit. Cette enveloppe externe n'est point constante ; elle existe seulement lorsque l'espace où l'animal prend naissance est plus ou moins restreint et riche en tissu cellulaire, tissu qui forme, pour ainsi dire, le nid de l'animal. C'est ainsi que dans l'œil elle ne se trouve que lorsque la tumeur a son siége sous la conjonctive scléroticale ; elle manque lorsque l'animal occupe les chambres de l'œil où il ne vient en contact qu'avec des liquides ou, tout au plus, avec des membranes tapissées par une quantité minime de tissu cellulaire. Sous la conjonctive cornéenne, où ce tissu est très-peu abondant, le kyste manque également ou est extrêmement mince.

Lorsque le kyste est placé sous la conjonctive scléroticale, sa surface antérieure est recouverte par cette membrane à laquelle il est à peine adhérent et dont il se sépare très-facilement par la dissection. Il est en général très-dur ; cependant, lorsque sa paroi antérieure est très-mince (nº 8), il présente moins de rénitence au doigt. Une membrane extérieure fibreuse très-consistante et très-épaisse en constitue la plus grande masse.

Dans ma première observation, il avait presque partout un millimètre d'épaisseur, circonstance qui m'étonna beaucoup, ainsi que M. Baum, et nous fit même momentanément abandonner notre diagnostic, ce confrère distingué, dans le cas qu'il avait observé, n'ayant pas trouvé de kyste. Dans ma seconde observation, l'épaisseur de la capsule était d'un millimètre et demi et dans plusieurs endroits de deux millimètres et au delà. Dans mon troisième cas enfin, fibreux et épais dans sa partie postérieure, il était mince, séreux et transparent dans sa moitié antérieure. A sa surface interne, c'est-à-dire du côté de sa cavité, cette capsule, comme tous les kystes fibreux, est tapissée par une membrane séreuse très-fine, blanchâtre, très-lisse et étroitement adhérente au kyste. Du côté de l'animal qu'elle enveloppe, deux fois cette séreuse était entièrement libre; une fois seulement elle était adhérente par un point très-restreint, à la surface externe de la vessie caudale, adhérence qu'on doit regarder comme purement accidentelle, dépendante de l'épaisseur du kyste, de la pression et de l'irritation qui en résultait. Dans aucun cas je n'ai pu observer de liquide ni de cavité entre l'animal et la séreuse. Dans l'observation de M. Baum, où l'animal, après sa sortie, paraissait avoir conservé toute son intégrité, il ne s'est pas non plus écoulé de liquide. D'après M. Estlin (n° 4) une fois « l'ouverture du kyste donna issue à un liquide visqueux peu purulent, au milieu duquel était l'hydatide, » et une autre fois (n° 2) « il s'écoula une sérosité ténue avec l'entozoaire qui s'échappa spontanément, et dont la vessie a été ouverte pendant l'opération. » De tout cela, je crois pouvoir conclure que le liquide que l'on a vu s'écouler sur le vivant, était celui contenu dans la vessie caudale du ver, ou un liquide purulent formé accidentellement entre la vésicule de l'entozoaire et la séreuse interne du feuillet antérieur du kyste fibreux, par l'action de quelque cause irritante sur la face externe de la tumeur et la conjonctive qui la recouvrait. Une irritation semblable avait produit, dans ma deuxième observation, une adhérence très-circonscrite entre la face interne de la membrane séreuse et la face externe de la vessie caudale. A l'état normal la cavité séreuse du kyste doit être tout au plus lubréfiée par une très-petite quantité de liquide.

Le kyste, libre ou très-superficiellement attaché du côté de la conjonctive par une petite quantité de tissu cellulaire fin et lâche, est adhérent par sa face postérieure à la partie correspondante de la sclérotique. Cette adhérence, effectuée par un tissu cellulaire dense et serré, est d'ordinaire très-intime. Il s'ensuit qu'en général la mobilité du kyste n'est que partielle, bornée à des mouvements de déplacement latéral plus ou moins étendus, sans que le centre de sa face postérieure quitte jamais sa place. Il s'ensuit également que sa dissection à la base est très-difficile et ne peut se faire que lentement, si on ne veut entamer la sclérotique. D'ordinaire aussi cette membrane, après l'ablation de la tumeur, reste recouverte, à l'endroit de l'adhérence la plus intime, d'un peu de tissu cellulaire épaissi.

Ayant rencontré cette capsule fibreuse dans toutes mes observations, même là où je ne m'attendais point à la trouver, je dus être étonné de ne point la voir mentionnée par les auteurs, et je tâchai de me rendre compte de cette différence entre les résultats de leurs recherches et des miennes. Or voici comment je crois pouvoir l'expliquer :

Cette capsule, quand elle existe, ne se forme que très-lentement, en passant par diverses phases. Lorsque le parasite, plongé dans le tissu cellulaire, est parvenu à un certain degré de développement, il ne peut plus s'accroître en volume, sans agir sur ce tissu, l'irriter, le comprimer et le changer en une lame mince et séreuse. D'autres couches celluleuses venant successivement s'appliquer à celle-ci et s'y souder, il résulte finalement de leur réunion une membrane fibreuse plus ou moins dense et épaisse. Voici pourquoi, dans les interstices des muscles et dans d'autres organes, le cysticerque, à son début, se trouve à nu, et, plus tard, est entouré d'une enveloppe tantôt mince et séreuse, tantôt fibreuse et épaisse. Il m'a été donné, il y a six semaines, d'examiner un morceau de chair de porc d'environ trois kilogrammes, dans les interstices des

fibres musculaires duquel étaient logés plusieurs centaines de cysticerques. Ces fibres étant en général faciles à déplacer et n'exerçant qu'une très-modique pression sur les entozoaires, ceux-ci étaient presque tous libres ou entourés de tissu cellulaire normal et modérément dense. Dans quelques endroits seulement ce tissu, plus condensé, commençait à former, autour des cysticerques plus étroitement resserrés entre les fibres charnues, une trame séreuse et semi-transparente, difficilement séparable en couches celluleuses, et à affecter la forme d'un kyste. Sur un petit nombre de ces animaux, l'enveloppe externe prenait déjà l'aspect d'un kyste plus prononcé, à parois plus épaisses, plus fermes et un peu fibreuses. On conçoit que, dans un espace circonscrit par des parties résistantes, l'animal, en augmentant de volume, doit comprimer et irriter cette enveloppe et tout ce qui reste de trame cellulaire dans le voisinage. Il s'établit ainsi dans ces tissus une espèce d'hypertrophie ou peut-être même de phlegmasie chronique avec exsudation et épaississement, comme semble le prouver l'adhérence entre la face interne séreuse du kyste et la vésicule caudale observée par moi dans un seul cas (n° 7).

C'est ainsi que peut s'expliquer la formation de ce kyste accidentel dont le but semble être, non pas de protéger l'animal, mais bien plutôt de l'isoler et de le rendre inoffensif. Aussi me paraît-il probable que, lorsqu'il s'accroît au delà de certaines limites, ses parois trop épaisses et trop consistantes, en comprimant l'entozoaire qui l'habite, mettent un terme à son existence. Il me sera permis d'opposer les considérations qui précèdent à celles que M. *Knox* d'Edimbourg fait valoir pour prouver que le kyste du cysticerque de la celluleuse n'est point formé par le tissu cellulaire ambiant. « Ce kyste semble avoir, » dit ce médecin (*the Lancet*, 16 juin 1838, pag. 397), « une texture d'une tout autre nature; il est manifestement fermé sur tous les points, ce qui rend difficile d'imaginer comment l'entozoaire peut vivre à son intérieur et quel peut être l'usage de sa couronne de crochets, *puisqu'il n'adhère pas au kyste* et ne peut adhérer à l'animal sur lequel il vit. » Rien ne prouve que le parasite, pendant la vie de l'animal sur lequel il existe, n'adhère point par ses organes de succion au kyste et ne peut en tirer de la nourriture, tant qu'il n'est pas étouffé par l'hypertrophie des parois de ce dernier. L'opinion de M. Knox et la ressemblance qu'il a trouvée entre l'enveloppe externe du cysticerque et la capsule du cristallin s'expliquent très-bien par le fait qu'il n'a rencontré ce vers intestinal que dans les interstices des fibres musculaires, où, nous l'avons déjà dit, il peut exister longtemps sans que sa membrane externe s'épaississe considérablement. Les idées que nous venons d'émettre gagnent encore en probabilité, si l'on considère que, d'après M. Knox, le *cysticercus visceralis* qu'on trouve attaché à la surface externe des organes contenus dans les cavités du corps des animaux, tels que le foie et le diaphragme, *ne possède point de kyste*. Evidemment cela a lieu parce que, n'étant point plongé dans la substance même de ces organes, il ne peut en irriter et en hypertrophier le tissu cellulaire. Rappelons-nous aussi qu'il a de même été constaté que le cysticerque de la celluleuse, lorsqu'il est libre dans les chambres de l'œil, ne possède point ce kyste, qui, par conséquent, doit être accidentel et non, comme le pense M. Knox, une partie essentielle. Tout ce que nous avons vu jusqu'ici ne nous permet pas non plus de croire avec M. *Klencke* (*Gazette médicale de Paris*, 1843, n° 52), que la capsule fibreuse soit formée par des débris de cysticerques morts contenant par inclusion de nouveaux animaux de la même espèce.

La formation de la capsule par du tissu cellulaire comprimé et épaissi est aussi prouvée par les adhérences intimes qui existent entre la surface postérieure du kyste et la sclérotique, de même que par les vaisseaux qui se rendent de la conjonctive à la tumeur, et par les flocons de tissu cellulaire serré qui, après son extirpation, restent attachés à sa surface externe et infiltrés de sang. Lorsque, sous la conjonctive, le germe du parasite a été plongé profondément dans le tissu cellulaire, de sorte qu'il en existe une égale quantité au devant de lui et en arrière, on imagine facilement que le kyste puisse acquérir les mêmes dimensions sur tous les points de

son étendue. Lorsqu'au contraire le germe a été déposé à la surface du tissu cellulaire, presque immédiatement sous la conjonctive, il est naturel que le feuillet antérieur de la capsule puisse rester plus ou moins séreux, tandis que le feuillet postérieur pourra devenir fibreux et très-épais. Toutes les fois que le kyste sera mince, il sera facile à méconnaître, surtout lorsqu'on ne s'attend pas à son existence. C'est ce qui a eu lieu dans tous les cas observés par les auteurs cités, où l'enveloppe extérieure de l'animal n'a été ni recherchée, ni même soupçonnée.

On comprendra donc comment elle a pu passer inaperçue, surtout lorsqu'elle a été très-fine, ce qui semble avoir eu lieu dans la plupart des cas. M. Baum (nº 1) a trouvé le cysticerque à nu sous la conjonctive et n'a point observé de kyste, soit que celui-ci ait manqué complétement, soit qu'il soit resté très-mince et n'ait point été aperçu. Nous nous arrêterons à cette dernière opinion. La tumeur n'a eu que le volume de la moitié d'un pois, et ne s'est pas accrue davantage pendant les six mois qui se sont passés jusqu'à l'opération. Par conséquent l'irritation et la compression du tissu cellulaire ambiant ne devaient pas être assez fortes pour produire une capsule épaisse. M. Estlin (nº 2) n'a pas trouvé de kyste non plus; la conjonctive distendue devint immédiatement flasque après l'opération. La tumeur vésiculaire et du volume d'un pois moyen seulement avait été découverte peu de jours avant l'opération; le kyste pouvait donc être peu développé et facile à méconnaître. La vessie caudale, égalant un petit grain de groseille, avait été ouverte pendant l'incision de la tumeur avec un couteau à cataracte. L'auteur ajoute en outre les paroles suivantes qui ne laissent point de doute dans notre esprit qu'une capsule fibreuse, prise par erreur pour un second ver, n'ait existé réellement et ne soit restée sous la conjonctive: « En examinant l'œil de l'enfant, après avoir fait sortir le contenu de la tumeur, il me parut qu'une portion de membrane blanche, semblable au morceau (*to the piece*) qui s'était échappé [c'est-à-dire au cysticerque lacéré] restait sous la conjonctive, et ceci est apparemment (*apparently*) encore le cas aujourd'hui, bien que plusieurs jours se soient passés depuis l'opération. Cependant on ne peut encore découvrir aucune disposition à un retour de la tumeur. Il est probable qu'une autre hydatide existait, dont le kyste divisé a permis à son contenu de s'échapper. » Dans son second cas aussi (nº 4), M. Estlin n'a pas donné de description du kyste. Il est seulement dit: « que la conjonctive qui recouvrait la tumeur était considérablement épaissie (*much thickened*) et la tumeur elle-même tendue (*tense*) et pas très-élastique. » Dans aucun des trois cas l'existence de la capsule de l'animal n'a été prévue, et par conséquent aucune recherche ne fut faite pour la découvrir sous la conjonctive ou l'extraire. M. Estlin a pratiqué une fois (nº 2) une ponction, et l'autre (nº 4) une incision avec le couteau à cataracte; un kyste commençant, dans sa première observation, et déjà un peu plus épais, dans la deuxième, pouvait facilement passer inaperçu et être résorbé après l'extraction de l'animal. Au moins avons-nous vu qu'un lambeau considérable de la paroi postérieure du kyste, resté lors de notre troisième opération, n'a nullement empêché la parfaite cicatrisation de la plaie. Il est également possible que le kyste très-mince ait été emporté en partie ou en entier par la suppuration. Les mêmes considérations s'appliquent au premier cas, où l'animal est sorti après l'excision d'une portion seulement de la conjonctive, et au troisième cas où la ponction a été précédée de la cautérisation. Dans aucune de ces opérations la conjonctive n'a été disséquée sur toute la surface de la tumeur, comme nous l'avons fait chaque fois.

L'épaisseur et la forme du kyste varieront nécessairement selon le temps plus ou moins long qui s'est écoulé entre le moment où le parasite a été déposé sous la conjonctive et son extraction, selon la rapidité plus ou moins grande de son développement, et selon les différences de la quantité du tissu cellulaire qui tapisse la partie de la sclérotique sur laquelle il repose.

Lorsque la tumeur est placée sur la cornée dont la conjonctive est fine, séreuse, très-adhérente et doublée d'une quantité minime de tissu cellulaire, la capsule du ver pourra manquer ou sera nécessairement toujours très-fine. Dans l'unique cas de cette espèce

qui ait été observé (n° 5), M. Cunier, après avoir fait l'ablation de la totalité de la tumeur, la trouva presque dépourvue de kyste. Nous allons citer ses paroles à cause de l'intérêt que son récit présente sous plusieurs rapports (1) : « Ne me rendant pas un compte exact de la nature de cette tumeur, je ne voulus pas recourir à l'ablation, avant de m'être assuré, si, comme l'avait pensé Van Onsenoort, on n'avait pas affaire à un kyste hydatique. Une ponction que je pratiquai amena la sortie de deux ou trois gouttes d'un liquide jaunâtre. Je voulais augmenter l'incision, mais le malade s'y refusa, demandant que je remisse au lendemain toute exploration ou opération ultérieures. » (L. c., p. 274)... « L'hémorragie assez abondante qui se manifesta, céda aux applications froides. Le fond de la plaie ressemblait de tous points à l'ulcération laissée par les corps étrangers que l'on a délogés de la cornée en détruisant le kyste qui les enveloppait. J'excisai le lendemain les petites franges qui marquaient sa délimitation ; des instillations avec une solution laudanisée de deuto-chlorure de mercure furent pratiquées, et après dix jours la cicatrisation était complète. Un collyre mou de précipité rouge avec l'huile de foie de morue, puis enfin une pommade d'hydriodate de potasse furent employés, et après six semaines il ne restait qu'un léger nuage de la cornée qui s'est amoindri depuis, et qui n'apporte qu'un obstacle bien léger à l'exercice de la vision.

« J'avais remis à M. le docteur Verheyen, qui me servait d'aide avec M. le docteur Muysche, la production enlevée, et il l'avait jetée dans un vase rempli d'eau tiède, qui se trouvait sur la table. Lorsque nous voulûmes l'examiner, nous ne fûmes pas peu surpris de son changement de forme; elle représentait un corps transparent, vésiculeux, avec une extrémité à renflement, comme une calebasse de caoutchouc. Le lambeau de l'enveloppe kysteuse adhérait à la partie moyenne, qui était la plus étranglée. » (L. c., pag. 275.)

§ XII.—*Quant aux caractères de l'animal lui-même*, nous aurions encore à faire quelques remarques, que cependant, pour éviter des redites, nous réunirons à celles qui se présenteront à l'occasion du *cysticerque logé dans les chambres de l'œil.*

§ XIII.—*Traitement pharmaceutique et chirurgical.*—Lorsque la tumeur qui fait l'objet de nos recherches ne fait que naître, nous croyons qu'il ne serait point impossible d'en amener la résolution par l'application locale des anthelminthiques, tels que l'onguent napolitain, un collyre de sublimé, une solution concentrée de santonine ou d'extrait de tanaisie, ou enfin la teinture d'aloès étendue d'eau, moyen qui a réussi un grand nombre de fois contre les filaires qu'on rencontre assez fréquemment dans les yeux des ruminants. Cette application pourra, nous n'en doutons point, amener la mort de l'entozoaire dont l'absorption serait probablement suivie de l'affaissement de la tumeur et finalement de sa disparition. Mais il est rare que la tumeur soit découverte à une époque très-rapprochée de son début, où le kyste fibreux encore mince pourrait être facilement emporté par l'action des vaisseaux lymphatiques. Le traitement chirurgical d'ailleurs est si simple, si exempt de danger et si constamment suivi de guérison radicale, qu'il sera toujours préférable, et que l'emploi des moyens pharmaceutiques nous semble devoir être restreint aux seuls cas de cysticerques et d'autres entozoaires développés dans l'intérieur de l'œil ou d'une difficile extraction, comme les filaires placés sous la conjonctive. En principe, l'ablation du parasite nous paraît devoir toujours être accompagnée de celle de son enveloppe fibreuse extérieure. Sauf dans les cas rapportés par nous et dans celui de M. Cunier où l'animal

(1) Ce cas, nous le répétons, est le seul de cette espèce qui ait été observé. Une erreur, due sans doute aux termes peu clairs de la traduction dont il se servait, fait dire à M. Rayer (*Archives de médecine comparée*, n°s 2 et 3, 1843, p. 128) que, dans l'une des observations de M. Estlin, « la tumeur était située dans la portion conjonctivale qui recouvre l'union de la sclérotique avec la cornée. » C'est « *au-devant de l'œil, sous la conjonctive et sur la sclérotique,* » que siégeait l'entozoaire, d'après la description de M. Estlin (n° 2).

avait son siége sous la conjonctive cornéenne, cela n'a été ni pratiqué ni tenté, par la raison qu'on ne prévoyait point l'existence d'une pareille enveloppe, et que, dans presque tous les cas, la nature de la tumeur et de son contenu n'avait point été reconnue d'avance. Aussi le hasard plutôt qu'une idée méthodique a-t-il présidé au choix du mode opératoire. Tantôt c'était une ponction unique ou répétée ; tantôt cette ponction avait été suivie de l'agrandissement de la plaie, ou d'une incision ; tantôt elle avait été précédée par la cautérisation de la surface de la tumeur. Dans d'autres cas, enfin, la tumeur avait été de prime abord incisée avec un kératotôme, ou une partie de la conjonctive qui la recouvrait avait été excisée. Par les ouvertures obtenues à l'aide de ces différents procédés, l'animal était sorti pendant l'opération même, soit spontanément, soit après une légère pression. Toujours, dans les cas rapportés par les auteurs, l'entozoaire s'est échappé sans son kyste extérieur fibreux qu'on n'a ni recherché ni même soupçonné. Il en a été autrement dans nos opérations. Ayant toujours eu, avant d'opérer, une opinion arrêtée sur la nature de la tumeur sous-conjonctivale, nous avons constamment cherché à l'enlever en totalité, et nous pensons que cela est préférable, autant pour arriver, par une dissection minutieuse, à conserver l'entozoaire dans toute son intégrité et à confirmer le diagnostic, que pour obtenir une guérison radicale plus rapide.

Voici de quelle manière nous proposons de procéder à cette opération :

Lorsqu'il s'agit d'un adulte, et surtout d'une personne raisonnable et douée d'une ferme volonté, il suffit à la rigueur de deux aides, dont l'un fixera contre sa poitrine la tête du malade assis sur une chaise, en écartant les deux paupières avec les doigts des deux mains, et dont l'autre sera chargé d'étancher le sang. En général cependant, il est mieux, même sur lès adultes, d'avoir plusieurs aides et de faire maintenir les paupières par des élévateurs et des abaisseurs. Quant aux enfants, comme pour les opérations de la cataracte et de la pupille artificielle, il est préférable de les opérer couchés, après les avoir préalablement fixés sur une planche à l'aide d'une longue et large bande dont les tours embrassent, depuis les épaules jusqu'aux mains, les membres supérieurs appliqués contre les deux côtés du tronc. Après que les paupières ont été suffisamment relevées et abaissées, un autre aide, se plaçant de manière à ne point gêner l'opérateur ni obstruer la lumière, applique une petite double-érigne dans la conjonctive et la sclérotique près du bord interne de la cornée, pour tourner le globe oculaire en dehors, lorsque la tumeur occupe la partie interne de la conjonctive, ou près du bord externe du miroir de l'œil, pour lui imprimer un mouvement de rotation en dedans, quand elle siége sur la moitié externe. En même temps on dirige le globe oculaire plus ou moins en haut ou en bas, de manière à ramener la tumeur vers le milieu de l'orbite, si elle s'éloigne du diamètre. transversal de l'œil, dont presque toujours jusqu'ici on l'a trouvée plus ou moins rapprochée.

Avec une pince anatomique fine et mousse, l'opérateur soulève un pli de la conjonctive, là où de la sclérotique elle se rend à la tumeur. Ce pli qui suivra un des grands diamètres de cette dernière est incisé en travers et très-près du bord de la grosseur. Puis l'incision est dilatée dans la plus grande étendue possible, sans toucher à la tumeur ellemême. En saisissant l'extrême circonférence de celle-ci avec la pince ou une petite érigne double, à l'aide d'un petit bistouri convexe et étroit le chirurgien la détache dans la direction de l'incision de la conjonctive. Il cherche à pénétrer immédiatement entre la sclérotique et la face postérieure du kyste, au centre ou près du centre de laquelle il implante, aussitôt qu'elle est mise à nu, une petite érigne simple ou double à pointe très-courte. C'est en tirant toujours sur cet instrument, mais sans exercer aucune pression, et en écartant de la sclérotique la paroi postérieure du kyste, qu'il finit la dissection tout autour de la circonférence vers le centre de la surface postérieure. Cela terminé, il peut confier l'érigne à un aide et disséquer la conjonctive à la surface antérieure du kyste, au centre de laquelle on peut au besoin laisser adhérente une portion de cette membrane qu'on réséquera à l'aide de ciseaux ; car d'ordinaire, pour peu

que la tumeur soit volumineuse, on est forcé, après avoir terminé l'opération, de faire la résection d'un lambeau de la conjonctive disséquée qui ne se rattache point ou difficilement. Si l'on trouve la surface antérieure de la tumeur d'un aspect séreux, semi-transparente, et laissant en apparence passer une partie de l'animal, on se gardera pour cela de douter de l'existence de l'enveloppe extérieure, et on attaquera sans hésiter la dissection par la circonférence et la face postérieure, en évitant soigneusement de toucher à l'antérieure et d'exercer la moindre pression. Les adhérences entre la sclérotique et le côté correspondant du kyste étant très-intimes, il vaut beaucoup mieux se tenir plus près de cette membrane et en enlever plutôt un peu que d'entamer la capsule de l'entozoaire.

La conjonctive s'injectant fortement par l'application des élévateurs et de l'érigne, et des vaisseaux sanguins se rendant d'elle au kyste, l'écoulement du sang est en général très-considérable. Il faut qu'un aide, muni de plusieurs petites éponges fixées sur un manche, comme pour l'opération du strabisme, étanche continuellement le sang, en graduant la pression avec beaucoup de précaution, afin d'éviter de rompre le kyste lorsqu'il est encore mince. Peut-être pourrait-on se servir avec avantage d'une seringue d'Anel remplie d'eau froide pour remplacer les éponges. Il est bon que, pour le cas où sa rupture aurait néanmoins lieu, une autre personne tienne tout prêt un petit bocal rempli d'eau tiède, afin de recevoir l'animal s'il s'échappait pendant l'opération. Si cela arrive, le chirurgien ne lâche point prise, ou, si l'érigne se dégage malgré lui de la capsule fibreuse, il saisit de suite celle-ci avec une pince à dents et l'attire fortement en faisant éponger fréquemment. Il termine la dissection, ou, s'il n'y réussit point, il enlève, à l'aide de ciseaux oculaires courbés sur le plat, la plus grande partie qu'il peut atteindre du kyste.

Quand l'animal a son siége sous la conjonctive cornéenne, l'opérateur peut suivre en tout point le procédé opératoire dont M. Cunier s'est servi et que nous avons rapporté en détail à la fin du § XI.

La tumeur enlevée est jetée dans de l'eau tiède qu'on maintient toujours à la même température. On l'ouvre sous l'eau avec beaucoup de précaution, à petits traits d'un scalpel fin et de ciseaux oculaires courbés sur le tranchant. Quand l'animal est mis à nu, dès que la tête et le corps sont sortis de la vessie caudale, on le porte sous le microscope. Si, après quinze à vingt minutes d'attente, l'exsertion de ses organes n'a pas lieu, on aura recours à la dissection pour les mettre en évidence.

Le traitement après l'opération est extrêmement simple. Des fomentations d'eau froide, des pédiluves, un régime peu nourrissant et au besoin quelques purgatifs en font tous les frais. Dans ma troisième observation, où l'opération rendue longue et laborieuse par les mouvements de l'enfant m'avait fait appréhender une ophthalmie traumatique violente, je n'ai pas même eu besoin de recourir à l'application de sangsues. Dans le cas où les fonctions des organes digestifs sont dérangées et que la présence de vers dans le tube intestinal a été constatée, il convient d'employer les toniques et les vermifuges.

La cicatrisation a lieu tantôt par le rapprochement spontané des lambeaux de la conjonctive et presque sans suppuration (nº 7), tantôt avec suppuration et formation de bourgeons qu'on excise (nº 6). Dans l'un et l'autre cas la cicatrice devient linéaire. S'il reste un lambeau du kyste, la guérison n'en souffre point, comme nous avons pu voir dans notre troisième observation (nº 8). Des lambeaux du kyste ou le kyste entier semblent être restés d'ailleurs dans presque tous les cas rapportés par les auteurs. Il est sans doute résorbé, surtout lorsqu'il est mince ou incomplet; car, nous le répétons, il ne s'agit point ici d'un véritable kyste fibreux, mais d'une membrane plus ou moins épaisse formée seulement de tissu cellulaire condensé.

Lorsque le pli semi-lunaire recouvrait la tumeur et a dû être détaché pendant l'opération dans une étendue plus ou moins considérable, il s'est recollé promptement. Dans aucun cas les mouvements du globe n'ont souffert à la suite de l'opération ou de la cicatrisation.

Ne passons point sous silence que dans notre troisième observation la dyspepsie et la fièvre ont cessé promptement après l'extraction du parasite.

§ XIV. — *Du cysticerque observé sous la conjonctive chez les animaux.*—Quoique sur le porc le cysticerque soit une affection assez fréquente et ait été trouvé à plusieurs reprises dans les chambres de l'œil et dans l'intérieur de cet organe, néanmoins chez ce pachyderme il n'a été jusqu'ici rencontré entre la conjonctive et la sclérotique que par M. de *Nordmann* (*Micrographische Beitrage*, etc., pag. 13) et par MM. *Gescheidt* et *Prinz* (*Ammon's Zeitschrift für Ophthalmologie*, tom. III, pag. 442). Cette circonstance méritait de n'être point passée sous silence. Une seule fois aussi le cysticerque a été observé sous la conjonctive du chien par M. Cunier : « J'ai enlevé il y a deux ans, » dit cet ophthalmologiste distingué (*Annales d'Oculistique*, tom. VI, pag. 277), « une tumeur renfermant aussi un cysticerque celluleux, qui s'était développé sous la conjonctive dans l'angle externe de l'œil d'une chienne de chasse que j'avais élevée : aucune cause traumatique n'avait, à ma connaissance, agi sur l'œil ; seulement j'avais introduit entre les paupières, cinq mois auparavant, du pus provenant d'une ophthalmie purulente dont était affecté un militaire, et une blennorrhée oculaire en avait été la suite. L'instillation entre les paupières d'une solution d'azotate acide d'argent l'avait réprimée en deux jours. »

Sous le rapport de l'étiologie, il est remarquable que, dans notre troisième observation aussi (n° 8), une ophthalmie blennorrhagique a été la seule cause appréciable de la production de l'entozoaire (V. au volume précédent, pag. 408) (1).

Mémoire sur les corps fibreux de la mamelle, *lu à l'Académie de médecine, le 9 janvier 1844*, par **M. Cruveilhier.**

Je désire appeler l'attention de l'Académie sur un point d'anatomie pathologique et de pratique qui ne me paraît pas encore avoir été suffisamment étudié ; je veux parler *des corps fibreux de la mamelle*, lésion extrêmement fréquente et qui est tous les jours confondue dans la pratique avec le squirrhe ou cancer dur de ces organes, et soumis comme tel à l'extirpation.

Cette note a pour but d'établir les caractères anatomiques et cliniques des corps fibreux de la mamelle, d'exposer les différences qui les séparent des squirrhes ou cancers durs de cet organe, de montrer que l'extirpation de ces corps fibreux n'est nullement nécessaire, qu'elle est en quelque sorte facultative, car ces corps fibreux sont incapables de dégénération ; que dans les cas où ils sont extirpés, ils ne repullulent jamais, au moins dans le véritable sens de cette expression ; qu'en un mot, ces corps fibreux sont une lésion purement locale, une production organique indépendante de toute espèce d'infection générale de l'économie, soit comme cause, soit comme effet.

Puisse la discussion que cette lecture provoquera, sans doute, au sein de l'Académie, discussion que je sollicite dans le double intérêt de la science et de l'humanité, jeter quelque lumière sur ce point si important de pathologie, qui n'est mentionné ni dans le *Traité des maladies chirurgicales de Boyer*, ni dans le *Traité des maladies du sein d'Astley Cooper*, et qui est à peine indiqué dans les travaux les plus modernes et les plus complets sur les maladies des mamelles.

Comme, dans toute question à résoudre, le point fondamental est d'en bien définir les termes, j'ai cru devoir faire précéder la description des corps fibreux de la mamelle de quelques considérations sur les corps fibreux en général.

Corps fibreux en général.—Parmi les diverses espèces de productions organiques qui se développent au sein de nos tissus, il n'est pas d'espèce plus tranchée que celle désignée sous le nom de *corps fibreux*, de *productions fibreuses*.

---

(1) *Note du rédacteur.*—Nous espérons compléter prochainement ce travail si neuf et si remarquable, en publiant un nouveau mémoire du même auteur sur le *Cysticerque développé dans les chambres du globe oculaire, dans son intérieur et dans la cavité orbitaire.*

Confondus, avant les travaux d'anatomie pathologique qui ont signalé le commencement de ce siècle, avec un grand nombre de lésions d'une tout autre nature, sous les noms vagues de tumeurs, de squirrhe, de cancer, de polypes, les corps fibreux de l'utérus ont été décrits pour la première fois par Bayle, et les remarquables travaux de médecine et de chirurgie modernes à cet égard peuvent être considérés comme le développement des idées de Bayle, et leur application à la pratique.

Toutefois, à l'exemple de Bichat qui considérait chaque tissu comme ayant ses lésions propres, Bayle consacrait dans son mémoire une erreur, savoir que les corps fibreux étaient propres à l'utérus ; sans doute, c'est dans cet organe que les corps fibreux trouvent les conditions les plus favorables à leur production et à leur développement ; mais on les rencontre dans tous les organes où se trouve du tissu fibreux, et on peut les diviser en deux ordres : 1° les *corps fibreux implantés ;* ce sont ceux qui naissent d'une surface membraneuse, à la manière d'un végétal : tels les polypes fibreux des fosses nasales qui sont formés aux dépens du périoste, les tumeurs fibreuses de la dure-mère, les tumeurs fibreuses, cartilagineuses et osseuses qui naissent du périoste des os, tumeurs qu'on peut désigner sous le nom d'*ostéo-chondrophytes ;* 2° *les corps fibreux non implantés* qui naissent au milieu des organes : tels les corps fibreux de l'utérus, ceux des mamelles, des ovaires, des testicules.

Cela posé, étudions les caractères généraux des corps fibreux.

1er *caractère.*—Le premier *caractère,* qu'on peut appeler *caractère de siége,* est celui-ci :

Les corps fibreux se développent en général au milieu des tissus fibreux.

2e *caractère.—Caractères de forme et de volume.*

La forme des corps fibreux est généralement sphéroïdale ; leur surface tantôt égale, tantôt mamelonnée, quelquefois profondément sillonnée, d'où la disposition lobuleuse de ces corps.

Leur volume est variable depuis celui d'un noyau de cerise, et même d'un grain de mil, jusqu'à celui de la tête d'un adulte et bien davantage. On a vu des corps fibreux qui pesaient jusqu'à 45 demi-kilogrammes.

3e *caractère. — Caractères déduits du mode d'adhérence et des connexions des corps fibreux avec les tissus au milieu desquels ils sont développés.*

A l'exception des corps fibreux implantés qui semblent le résultat d'une végétation, d'un prolongement du tissu même de l'organe, les corps fibreux ne sont unis aux parties au milieu desquelles ils sont développés qu'à l'aide d'un tissu cellulaire très-lâche, si bien que l'énucléation de ces corps à l'aide du doigt, d'un stylet mousse, ou même à l'aide d'une traction légère, est on ne peut plus facile et n'exige jamais le secours de l'instrument tranchant : sous ce point de vue, on peut dire que les corps fibreux partagent l'indépendance des tumeurs enkystées avec lesquelles ils sont quelquefois confondus.

4e *caractère.—Caractères de texture.*—Les corps fibreux sont d'une extrême densité, qui ne peut être comparée qu'à celle d'un cartilage ou à celle du tissu propre de l'utérus considéré dans l'état de vacuité. Si le tissu fibro-cartilagineux de Bichat devait être maintenu, c'est à cette espèce de tissu qu'il faudrait rapporter les corps fibreux.

Ces corps sont en effet composés de parties disposées linéairement, appartenant au tissu albuginé, fortement pressées les unes contre les autres, entrelacées sous toutes sortes de directions, souvent divisées en plusieurs groupes de fibres, pelotonnées de manière à constituer des masses ou lobules distincts.

Les corps fibreux sont pourvus de veines qui naissent dans leur épaisseur par des radicules très-déliées et dont les troncs rampent sur leur surface. Lorsque ces corps sont divisés en lobules, des veines plus ou moins considérables se voient dans l'intervalle de ces lobules. Ces veines communiquent directement avec celles du tissu propre de l'organe au milieu duquel les corps fibreux sont développés ; aucun vaisseau artériel ne peut être suivi dans leur épaisseur. Les injections poussées par les artères de l'organe au milieu duquel ils sont développés ne les pénètrent jamais. Aucun vaisseau lymphatique, aucun nerf, n'y ont été démontrés.

Considérés sous le rapport de leur texture, les corps fibreux ne présentent donc d'autre élément organique qu'un tissu fibreux animé par des veines. La vie de ces corps est donc réduite à une nutrition obscure dont l'agent est le sang veineux agité par un mouvement oscillatoire qui doit être extrêmement faible. L'organisation et la vie sont donc réduits dans les corps fibreux à la plus simple expression.

5e *caractère.—Caractère d'évolution des corps fibreux.*—Les corps fibreux se présentent dès les premiers moments de leur apparition avec les mêmes caractères qu'ils présenteront lors de leur développement complet. Un corps fibreux du volume d'un noyau de cerise offre la même densité de texture qu'un corps fibreux du volume du poing ou de la tête. Un grand nombre de faits m'autorisent à admettre que si quelques-uns de ces corps primitivement fibreux deviennent plus tard cartilagineux et osseux, un certain nombre présente primitivement l'un ou l'autre de ces derniers caractères.

6e *caractère.—Caractères pathologiques consécutifs des corps fibreux.* — J'appellerai ainsi : 1° les effets consécutifs des corps fibreux sur les tissus environnants ; 2° les changements consécutifs qui s'opèrent dans ces corps fibreux considérés en eux-mêmes.

1° Dans les tissus environnants, ces corps fibreux n'incommodent que par leur poids et par leur volume ; ce sont de véritables corps étrangers, inoffensifs, des parasites vivant d'une vie propre extrêmement limitée, qui n'apportent dans le tissu au milieu duquel ils sont développés que quelques modifications inévitables de nutrition et de circulation.

2° Les changements consécutifs qui s'opèrent dans les corps fibreux sont extrêmement restreints. Ces corps peuvent s'accroître indéfiniment, ou bien ils peuvent rester stationnaires ; plusieurs faits m'autorisent à admettre qu'ils sont susceptibles d'une véritable diminution de volume, d'une sorte d'atrophie. D'un autre côté, ils peuvent s'encroûter ou se pénétrer de phosphate calcaire ; ils peuvent devenir le siége d'un œdème qui dissout les éléments qui entrent dans leur composition, et rend manifeste leur disposition lobuleuse. Dans ce cas la tumeur est souvent pénétrée d'un suc qui a beaucoup d'analogie, au moins quant à l'apparence, avec la synovie. Les corps fibreux sont incapables de dégénération cancéreuse. Je crois même être fondé à admettre (ce caractère est de la plus haute importance) qu'il y a incompatibilité entre la production fibreuse et la dégénération cancéreuse.

Tels sont les caractères généraux des corps fibreux ; voyons si ces caractères s'appliquent à certaines productions organiques qu'on observe dans les mamelles. J'invoquerai pour résoudre cette question, 1° un grand nombre de faits d'observation clinique ; 2° quelques faits d'anatomie pathologique.

Je ferai d'abord remarquer que, de tous les organes sécréteurs de l'économie, la glande mammaire est celui qui présente dans sa structure la plus grande quantité de tissu fibreux ; qu'indépendamment du tissu adipeux, deux éléments essentiels entrent dans cette texture : 1° une charpente ou gangue fibreuse ; 2° des granulations ou grains glanduleux ; que les granulations ne peuvent être bien étudiées que chez les femmes mortes pendant la grossesse, et surtout après l'accouchement pendant tout le temps de la lactation ; qu'en dehors de ces circonstances les granulations mammaires sont très-peu développées, et que ce faible développement, voisin de l'atrophie, est en rapport avec l'absence presque complète de sécrétion dans cet organe ; qu'après l'époque de la cessation des règles, et surtout chez les femmes très-âgées, les granulations semblent disparaître complétement, et la gangue fibreuse reste seule.

La mamelle possède donc à un haut degré les conditions de texture favorables au développement des corps fibreux.

Les corps fibreux des mamelles se présentent sous l'aspect de petites tumeurs sphéroïdales, d'un volume variable depuis celui d'un grain de mil, d'un noyau de cerise, jusqu'à celui d'un œuf de poule et même bien davantage. Leur surface est tantôt égale, tantôt mamelonnée ; leur dureté est extrême et comme pierreuse. Ces tumeurs, qui sont généralement sous-cutanées, mais qui peuvent également se développer dans

l'épais seur de la mamelle, sont très-exactement circonscrites, parfaitement distinctes du tissu de la glande mammaire, à laquelle elles n'adhèrent en aucune façon, et dont elles paraissent complétement indépendantes ; elles ont la mobilité d'un ganglion lymphatique, et comme lui roulent sous le doigt, d'où sans doute le nom de *glandes*, sous lequel elles sont généralement désignées dans le langage vulgaire.

Ainsi, forme sphéroïdale, circonscription parfaite, mobilité, indépendance du tissu de l'organe au milieu duquel ils sont développés, tels sont les caractères des corps fibreux de la mamelle ; et on voit que ces caractères sont exactement ceux que nous avons reconnus dans les corps fibreux en général.

A ces traits, il n'est aucun praticien qui ne reconnaisse une lésion de la mamelle pour laquelle il a été consulté un très-grand nombre de fois ; mais comme les corps fibreux de la mamelle n'avaient pas encore été distingués ni cliniquement ni anatomiquement des autres lésions de cet organe, et plus particulièrement de la dégénérescence squirrheuse, il en est résulté que, dans la pratique, la plupart des tumeurs de la glande mammaire ont été confondues les unes avec les autres, et qu'on leur a appliqué les mêmes règles de traitement. Pour les corps fibreux comme pour les dégénérations squirrheuses, on a dit : les tumeurs de la mamelle, vulgairement connues sous le nom de glandes, peuvent subsister pendant un temps plus ou moins long sans prendre un développement notable ; mais lorsqu'arrive l'époque de 40, 45, 50 ans, presque toujours elles s'accroissent avec une grande rapidité, envahissent toutes les parties environnantes, infectent toute l'économie, et présentent tous les caractères d'un cancer incurable.

La conséquence nécessaire de ces idées, c'était l'extirpation immédiate ; car la dégénération était d'autant moins à redouter, que l'extirpation était faite à une époque plus rapprochée de l'apparition de la tumeur.

L'extirpation immédiate de toutes les tumeurs de la mamelle était donc et devait être la seule règle de conduite rationnelle, le seul mode de traitement ; ce n'est pas que dans l'esprit des praticiens qui donnaient ce conseil il fût positif que toutes ces tumeurs étaient susceptibles de dégénérer, et par conséquent que l'extirpation leur fût applicable ; mais, se trouvant dans l'impossibilité absolue d'établir un diagnostic différentiel entre celles de ces tumeurs qui étaient de nature cancéreuse et celles qui étaient incapables de dégénération, ils préféraient dix extirpations inutiles à l'omission d'une extirpation nécessaire.

Et une bonne anatomie pathologique des lésions de la mamelle est si indispensable, que les tumeurs enkystées elles-mêmes de la mamelle, que l'induration œdémateuse du même organe sont ordinairement confondues avec les tumeurs cancéreuses, et souvent soumises, comme ces dernières, à la loi commune de l'extirpation.

Telle était également ma règle de conduite il y a une quinzaine d'années. Je n'ajournais le conseil de l'extirpation que le temps nécessaire pour préparer à cette idée les malades, d'ailleurs toujours dociles et résignées lorsque le terrible mot de cancer est prononcé.

Cependant des doutes ne tardèrent pas à s'élever dans mon esprit sur le caractère d'un grand nombre de ces tumeurs, et ce n'était pas sans hésitation que je donnais le conseil de l'extirpation. Ces doutes me furent surtout suggérés par plusieurs cas de tumeurs mobiles, roulantes, circonscrites, indolentes, indépendantes, que j'ai observées chez des jeunes filles à peine pubères, chez des jeunes femmes brillantes de santé, et aussi par la multiplicité de ces tumeurs dans la même mamelle, par leur présence simultanée dans les deux mamelles. Je me suis demandé si ces petites tumeurs, dont la découverte était le plus souvent due au hasard, devaient être véritablement considérées comme un cancer à sa première période.

Ces doutes se sont fortifiés dans mon esprit, lorsque plusieurs femmes qui s'étaient refusées à l'opération, et d'autres pour lesquelles j'avais cru devoir ajourner ce conseil, soumises à mon observation pendant un grand nombre d'années, ne m'ont présenté ni accroissement sensible de volume, ni dégénération aucune dans ces tumeurs, bien que

plusieurs de ces femmes soient devenues grosses et aient allaité leurs enfants, et que plusieurs aient traversé l'époque critique.

Le défaut de repullulation de plusieurs tumeurs de ce genre, qui avaient été extirpées par l'instrument tranchant, peut encore être invoqué comme preuve clinique de l'innocuité de ces tumeurs et de leur nature complétement étrangère à la dégénération cancéreuse; car on sait combien est fréquente la repullulation des véritables cancers mammaires après l'opération.

Il manquait, pour la démonstration complète de ce fait, des preuves déduites de l'anatomie pathologique; or, ces preuves n'ont pas tardé à se présenter à mon observation.

L'examen d'un grand nombre de tumeurs mammaires extirpées par divers praticiens sous le titre de squirrhe, de cancer à l'état de crudité, m'a permis d'observer de la manière la plus manifeste qu'un certain nombre de ces tumeurs présentaient les mêmes caractères de forme, de densité, de texture, que les corps fibreux de l'utérus, et en aucune manière les caractères du cancer.

Cette étude des corps fibreux de la mamelle m'a permis de constater un fait d'anatomie pathologique assez remarquable. C'est qu'un certain nombre de tumeurs fibreuses mammaires, qui paraissaient pleines au premier abord, étaient disposées en géodes. Or, si on divisait ces tumeurs en deux moitiés égales, il était possible de renverser au dedans d'elles-mêmes chacune de ces deux moitiés, de manière à les convertir en une cavité hémisphérique dont la surface interne était constituée par la surface externe de la tumeur, et dont la surface externe était formée par la surface de la coupe. Or, cette surface externe était hérissée de végétations globuleuses ou granulations fibreuses, tantôt isolées, tantôt rameuses à la manière d'un polype; ces végétations, ou globules fibreux, qui se modelaient les unes sur les autres, étaient tantôt libres, tantôt adhérentes entre elles au moyen de petits prolongements.

Dans le cas que je viens de décrire, ces végétations ou nœuds ou renflements fibreux juxta-posés constituaient une cavité sans parois. Dans quelques cas, au centre de ces corps fibreux, était une cavité remplie par un liquide visqueux, analogue par l'aspect à la synovie.—J'ai eu occasion de voir plusieurs exemples de corps fibreux mammaires œdémateux qui avaient acquis rapidement un très-grand volume, et qu'on s'était hâté d'extirper. Ces corps fibreux mammaires œdémateux représentent exactement les corps fibreux utérins; leur masse est pénétrée par un liquide visqueux analogue à la synovie, et il m'est arrivé de trouver çà et là, au centre de ces tumeurs, plusieurs cavités ou géodes sans membrane ou kiste, remplies de matière liquide.

Le fait suivant, aussi complet que possible, résumera à lui seul tout ce qui a trait aux corps fibreux de la mamelle.

Je fus consulté, il y a quinze ans environ, par madame C..., âgée de quarante ans, d'une très-forte constitution, d'un embonpoint considérable, d'une grande fraîcheur, que je voyais souvent dans la société. Elle portait dans la mamelle gauche trois tumeurs très-dures, dont deux du volume d'un œuf de poule, et dans la mamelle droite une seule tumeur du volume d'un gros œuf de dinde; et ces tumeurs parfaitement circonscrites étaient d'une dureté pierreuse ou ligneuse, mamelonnées et profondément sillonnées à la surface, roulant sous la peau, roulant sur la glande mammaire dont elles paraissaient tout à fait indépendantes. Je les caractérisai sous le nom de *corps fibreux des mamelles*. Un fait important et bien positif, c'est qu'elles existaient depuis l'époque de la puberté. La malade, dont l'embonpoint augmentait d'une manière notable, croyait reconnaître depuis peu dans ces tumeurs une augmentation notable de volume. L'époque du changement d'état approchait; on lui avait suggéré des craintes très-vives pour cette époque : elle voulait prendre un parti. Mon avis fut qu'il n'y avait aucun péril à attendre; que ces tumeurs ne me paraissaient pas de nature cancéreuse, mais bien de nature fibreuse, et partant que dans mes idées elles étaient incapables de dégénération; que, dans le cas où elles acquerraient un développement considérable, on serait toujours à temps d'enle-

ver ces tumeurs; que d'ailleurs je n'admettrais en pareille matière aucun terme moyen; qu'il fallait ou ne rien faire, ou enlever les tumeurs. Malheureusement ce conseil ne fut pas suivi. Un praticien crut pouvoir obtenir la résolution de ces tumeurs par des applications réitérées de sangsues, par des bains prolongés, par un régime extrêmement débilitant. Mais ce mode de traitement, cette espèce de méthode de Valsalva par les sangsues, eut pour résultat un dépérissement extraordinaire de la malade, sans exercer la moindre influence sur les tumeurs. Au bout de huit mois de ce traitement, un érysipèle erratique surprit la malade dans cet état de débilité, parcourut toute la surface du corps, et sembla épuiser la malade, qui succomba à la suite d'un phlegmon érysipélateux de la mamelle droite, sur laquelle l'érysipèle était venu se fixer en dernier lieu. J'avais été appelé en consultation quelques jours avant la mort; je fus prié d'assister à l'autopsie, dont voici le résultat:

Tous les organes intérieurs étaient sains.

Les trois tumeurs de la mamelle gauche, toujours mobiles et parfaitement circonscrites, purent être séparées par une véritable énucléation, et du tissu adipeux qui restait encore, et de la glande mammaire elle-même, auxquels elles ne tenaient qu'à l'aide d'un tissu cellulaire très-lâche. De ces tumeurs, deux étaient du volume d'un gros œuf de poule; la troisième avait celui d'une noix. Leur surface était lisse, quoique mamelonnée; leur tissu était extrêmement dense, et présentait tous les caractères du tissu fibreux. La pression la plus forte n'en faisait sourdre aucun liquide; point de suc cancéreux. La dissection démontra que ces tumeurs étaient formées par une multitude de granulations fortement pressées les unes contre les autres, tantôt adhérentes, tantôt libres d'adhérence.

La glande mammaire était atrophiée; dans son épaisseur je trouvai un petit corps fibreux de même nature qui était libre de toutes parts.

La glande mammaire droite avait presque disparu entièrement; elle était remplacée par une grosse tumeur fibreuse divisée en lobules, lesquels se subdivisaient en granulations. Il existait du pus entre le grand pectoral et cette tumeur; en outre, j'ai trouvé un foyer de pus entre les lobules de la tumeur.

Tels sont, Messieurs, les faits cliniques et les faits d'anatomie pathologique qui me paraissent démontrer les propositions suivantes:

1° La glande mammaire est sujette au développement de la production organique connue sous le nom de *corps fibreux;*

2° Les corps fibreux de la mamelle, qui constituent une des lésions les plus fréquentes dont cet organe soit susceptible, peuvent être distingués, par des signes certains, de l'induration suite d'inflammation chronique d'une part, et des tumeurs cancéreuses d'une autre part; dans l'induration chronique, de même que dans le cancer, la tumeur n'étant nullement distincte de la glande mammaire elle-même, aux dépens de laquelle elle est formée et avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation, tandis que les corps fibreux sont complétement détachés de la glande mammaire, et roulent sous le doigt à la manière d'un kyste ou d'un ganglion lymphatique;

3° Les corps fibreux étant incapables de dégénération cancéreuse, leur extirpation n'est pas nécessaire, en tant que ces corps peuvent compromettre la vie des malades par les changements ultérieurs qui se passeront dans leur intimité. Les corps fibreux sont une lésion essentiellement locale; leur extirpation est en quelque sorte facultative, et ne saurait être motivée que par l'incommodité qui résulte de leur poids et de leur volume.

Dans l'extirpation, les corps fibreux ne repullulent jamais, dans le vrai sens de ce mot, bien que des corps fibreux nouveaux puissent se développer dans une mamelle qui a été le siége d'une extirpation antérieure.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE *de hâter la guérison des plaies récentes*; par M. RÉVEILLÉ-PARISE.

On se rappelle le mémoire déjà publié par l'auteur, il y a quelques années, dans lequel il démontrait les avantages de l'emploi des feuilles de plomb pour la cicatrisation des plaies en suppuration, dans certaines conditions déterminées. Aujourd'hui il s'occupe des plaies récentes, et préconise un autre procédé, soit pour obtenir la réunion primitive, soit pour diminuer au moins l'inflammation et la suppuration. C'est là certainement l'une des questions les plus hautes et les plus importantes de l'art; aussi accorderons-nous à ce travail une attention particulière.

M. Réveillé-Parise pose d'abord la règle philosophique qui doit diriger toute investigation en pareille matière. « C'est toujours en consultant les phénomènes tels qu'ils se présentent à nous dans leur simplicité et leur succession naturelle, qu'il est possible de connaître les meilleurs moyens de guérison. »

Il a donc vu que la plupart des plaies suppurent; et que la cause la plus ordinaire de la suppuration se trouve dans l'irritation produite par un corps étranger ou introduit dans la plaie, ou inhérent à la lésion elle-même. Un aiguillon le plus fin possible fait une très-petite plaie prompte à guérir; si l'aiguillon reste dans la plaie, les phénomènes sont tout autres. Une simple piqûre de lancette ne suppure presque jamais; que la lancette porte une gouttelette de pus vénérien, variolique ou vaccinal, et l'on sait ce qui arrive. Il en est de même de tout corps étranger qui reste dans la plaie; jamais ou presque jamais celle-ci ne guérit que quand cet obstacle n'existe plus; et tous les efforts de la nature ont pour but primitif d'opérer cette expulsion, tandis que les phénomènes de la cicatrisation n'ont lieu que plus tard.

Ce principe posé, la conséquence est forcée; il faut extraire avant tout les corps étrangers. Ceci n'a rien de neuf au premier abord; mais ce qui est neuf, c'est l'extension du principe; c'est cette idée que les corps étrangers ne viennent pas seulement du dehors, mais qu'ils sont aussi produits par le sang épanché ou infiltré, par une infinité de caillots obturateurs des extrémités coupées des petits vaisseaux, par les débris de la peau et des chairs contuses, déchirées, broyées, formant dans la plaie un véritable *détritus* dont il faut qu'elle se débarrasse; et qu'est-ce autre chose que cette *détersion* d'une plaie, sinon le travail nécessaire pour expulser tous ces corps étrangers et amener les conditions nécessaires à la formation de la cicatrice?

Plus ce *détritus* sera considérable, plus le travail de détersion sera long et pénible. M. Réveillé-Parise établit ainsi une échelle de proportion entre les plaies les plus nettes jusqu'aux plaies les plus contuses, montrant les chances de réunion primitive qui diminuent à mesure que la contusion augmente, jusqu'aux plaies par armes à feu, où la contusion est la plus forte, et qui n'ont peut-être jamais guéri sans suppuration. Et, en conséquence, l'indication fondamentale, celle qui prime toutes les autres, c'est d'enlever immédiatement et autant que possible le détritus, quel qu'il soit. Reste à indiquer par quels moyens.

« Le moyen le plus certain, dit l'auteur, est une forte aspiration de l'air, aspiration exercée sur la plaie elle-même, soit par la *succion* selon le procédé des anciens, soit, comme je l'ai pratiqué par l'application et le jeu d'une *ventouse à pompe*, dont l'ouverture de la cucurbite est proportionnée à l'étendue même de la surface de la plaie. » On exprime ainsi et le sang épanché et une multitude de petits fragments presque invisibles fournis par le déchirement des parties. Voilà la doctrine; voyons maintenant les faits qui l'appuient.

Ici M. Réveillé-Parise rappelle les *psylles* de l'antiquité; les *suceurs* de l'âge moderne; l'emploi des ventouses pour les plaies envenimées; et lui-même s'est assuré par des expériences sur les animaux que, de deux plaies simples, toutes choses étant égales d'ailleurs, la plaie qui a été soumise à l'action de la ventouse guérit beaucoup plus vite que l'autre. Enfin, il rapporte plusieurs faits choisis parmi un plus grand nombre et tirés de sa propre pratique; il importe également d'en dire quelques mots.

Un homme qui se rasait se fit à la joue une coupure de deux centimètres d'étendue, mais sans profondeur. Application de la ventouse à pompe, puis réunion à l'aide de taffetas d'Angleterre; guérison rapide et sans autres phénomènes qu'un peu de phlogose sur les bords de la plaie.

Un soldat reçoit à la cuisse un coup de sabre; plaie assez profonde et étendue, quoi-

que sans gravité. Application à deux reprises de la ventouse à pompe; réunion par des bandelettes de diachylon; guérison rapide; l'inflammation et la suppuration furent à peine indiquées.

Un ouvrier se perce la main de part en part avec un foret. M. Réveillé-Parise fait plonger la main un quart d'heure dans l'eau chaude, et applique une ventouse sur le dos et sur la paume de la main; guérison prompte avec une inflammation très-modérée.

Un jeune chirurgien reçoit en duel un coup d'épée qui traverse l'avant-bras du poignet jusqu'au pli du coude. M. Réveillé-Parise agrandit les deux ouvertures, met l'avant-bras dans l'eau chaude, et applique une ventouse à chaque ouverture, afin d'obtenir le plus de sang possible. L'inflammation fut très-modérée; la suppuration eut lieu, mais sans fusées, sans dépôts multipliés, et le blessé ne tarda pas à se rétablir.

Les plaies contuses échappent à l'action de la ventouse; aussi leur réunion par première intention est-elle bien difficile, sinon impossible; et même encore alors M. Réveillé-Parise assure que l'application de la ventouse, faite avec prudence et discernement, diminue l'intensité de la réaction inflammatoire; il n'en excepte pas même les plaies par armes à feu; et il rapporte deux cas de succès. Il approuve aussi nécessairement le précepte de débrider, d'inciser immédiatement ces plaies, soit pour en enlever les corps étrangers, soit pour faciliter l'issue du sang épanché et infiltré. Et il termine en proposant l'emploi de la ventouse pour déterger le moignon après les grandes amputations.

Nous avons dit que ces idées sont neuves, et, comme toute idée neuve, elles ne feront pas leur chemin sans lutte et sans opposition. Pour les plaies par piqûre, par exemple, nous croyons que les préceptes de M. Réveillé-Parise pourront avoir une très-grande utilité, et les faits sont assez nombreux et assez puissants pour entraîner déjà la conviction. Cependant il faut avouer que les incisions sous-cutanées guérissent parfaitement sans succion et sans ventouse; et c'est là une objection à sa théorie qu'il aurait dû peut-être chercher à résoudre. Mais pour les plaies largement ouvertes, il y a une autre objection qui se présente à notre esprit; quand la ventouse aura fait pleuvoir le sang à la surface des chairs, ne faudra-t-il pas toujours essuyer ce sang qui adhère de toutes parts, et ne serons-nous pas dans la position où nous étions déjà auparavant?

Malgré ces objections, nous estimons que les vues et les observations de M. Réveillé-Parise ont une très-haute portée, et nous appelons sur cette question toutes les méditations des praticiens. C'est quelque chose que d'imaginer un procédé opératoire, de perfectionner un appareil, d'apporter quelque amélioration de détail à ce que l'on pourrait nommer la *chirurgie mécanique*; mais, après tout, nous avons quelques milliers de procédés et d'appareils, et la science ne s'en trouve pas beaucoup plus riche. La chirurgie n'a commencé à être une science que lorsque John Hunter, dédaignant ces inventions faciles, se prit corps à corps avec ces grands et importants problèmes de l'inflammation, de la suppuration, de la réunion primitive, etc.; et apprit aux chirurgiens à observer les procédés de la nature et à les imiter. Cette étude est longue, difficile, ardue; et le vulgaire n'en aperçoit pas la portée. Qui doute cependant que celui qui nous apprendrait à réunir toutes les plaies par première intention aurait produit en chirurgie la révolution la plus éclatante et la plus utile à la fois? M. Réveillé-Parise s'est attaqué à l'un des éléments du problème; nous différons surtout de lui parce que nous pensons qu'il en est d'autres non moins importants; mais, quoi qu'il en soit, il faut au moins reconnaître qu'il a éclairé une face de la question qu'on avait laissée beaucoup trop dans l'ombre jusqu'à ce jour.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Éventration congéniale ombilicale énorme, *qui a laissé vivre l'enfant pendant deux mois et demi;* par M. Goyrand.

Le fait qu'on va lire n'apporte pas sans doute un grand profit à la thérapeutique; mais il tend à modifier le pronostic d'une manière très-remarquable; et à ce titre il réclame toute l'attention des praticiens. Nous laisserons parler d'abord M. Goyrand.

« Le 3 janvier 1842, à 3 heures du matin, Mme Gl... accoucha avec facilité d'un enfant mâle, assez gros, dont les viscères abdominaux étaient presque entièrement contenus dans une hernie exomphale. L'éventration formait à la base du cordon ombilical une tumeur globuleuse lisse. Ses enveloppes n'étaient pas transparentes; elles avaient la couleur blanche des enveloppes du cordon. Les vaisseaux ombilicaux passaient au-dessous de la tumeur, formant un faisceau saillant qu'on pouvait suivre jusqu'à l'ouverture ombilicale. Cette tumeur était élastique, susceptible d'une légère diminution de volume par la pression; les cris de l'enfant en augmentaient la tension. L'opacité des enveloppes empêchait qu'on distinguât les viscères qui la formaient; mais, à en juger par son volume et le peu de capacité de l'abdomen, la plus grande partie des viscères abdominaux devait s'y trouver. La cavité abdominale avait beaucoup moins de largeur et de profondeur que dans l'état nor-

mal; ses parois étaient déprimées sous les hypocondres. Quant à la tumeur, voici ses dimensions :

Circonférence dans le point le plus renflé,	23 cent.	8 mill.
Circonférence à la base de la tumeur,	21,	5
Diamètre transverse et vertical, mesurés d'un point de la circonférence de la base au point opposé en passant sur le milieu de la tumeur,	17,	8

« La peau du ventre se prolongeait sur la base de la tumeur, comme elle se prolonge ordinairement sur la racine du cordon, et formait là un rebord circulaire de 5 à 6 millimètres de largeur, qui se continuait avec les enveloppes du cordon ou de la hernie. Il n'existait aucun autre vice de conformation.

« Bientôt après sa naissance, l'enfant urina et rendit du méconium; les pressions exercées sur la tumeur faisaient couler le méconium et les urines.

« Mon pronostic fut grave. Deux de mes confrères, qui virent l'enfant en consultation, pensèrent, comme moi, qu'il n'était pas viable. Nous fîmes faire des fomentations émollientes sur la tumeur.

« Les premiers jours, l'enfant téta bien; toutes ses fonctions s'exécutèrent régulièrement; son sommeil était bon. Le cinquième jour, une ligne de suppuration séparait les enveloppes du cordon de la peau périomphalique.—On continua les fomentations.

« Les jours suivants, du pus se forma entre le sac et les membranes du cordon qui formaient l'enveloppe externe de la hernie; il se fit à ces membranes quelques déchirures qui laissaient couler du pus. Quand on découvrait l'enfant, il s'exhalait de ses langes une odeur infecte.

« Le 15 janvier, je détachai, avec les ciseaux, d'assez grands lambeaux de membranes. Au-dessous se trouvaient des bourgeons charnus de bonne nature.

« Le 17, de nouveaux lambeaux membraneux et le cordon se détachent. Il reste encore une partie de l'enveloppe extérieure de la hernie, séparée du sac par un pus demi-concret.

« Le 25, les membranes extérieures se sont entièrement détachées. Le sac est couvert de bourgeons charnus vermeils, qui fournissent une suppuration de bonne nature. La peau qui entourait la base de la hernie est attirée par la force de la cicatrisation sur le sac, qui cède à son tour à l'action de la peau. De l'action de la force inodulaire sur la peau et de celle-ci sur le sac, résulte un changement dans la forme de la hernie, qui s'élargit à sa base, devient moins saillante, plus dure, et prend une forme conique.

« Au commencement de février, l'enfant a été confié à une nourrice de la campagne. Là, il était sous les yeux de son aïeul et de son oncle qui sont médecins, et je n'ai plus eu occasion de le voir; je n'ai su que par les rapports des parents ce qui s'est passé depuis. La peau s'est de plus en plus rapprochée du point le plus saillant du sac, et la tumeur est devenue tout à fait conique. Les premiers jours de mars, il ne restait plus sur le sac qu'une surface de la largeur d'une pièce de deux francs qui ne fût pas recouverte par la peau.

« Jusqu'alors la santé de l'enfant avait été bonne; mais, au milieu de mars, il survint tout à coup des accidents excessivement graves (suppression totale des selles, vomissements continuels) qui firent périr le petit malade en quatre jours. »

« On admirera, dans ce fait, ajoute M. Goyrand, le mécanisme par lequel la nature tendait à achever, après la naissance, un travail qui était resté incomplet pendant la vie fœtale. Il est vrai que le petit malade a été victime de ce travail organique; car il est très-probable que l'iléus qui l'a fait périr est résulté de la compression qu'ont subie les viscères par suite du resserrement de la cavité exomphalique; mais on sait que la force inodulaire n'a pas la même énergie chez tous les sujets et dans toutes les circonstances. Supposons que la peau périomphalique n'eût pas été attirée aussi fortement sur le sac, qu'une partie plus considérable de la surface du sac se fût cicatrisée par exsiccation, et on concevra la possibilité de la guérison. »

Ces réflexions sont fort sages; et, en l'absence de l'autopsie, rien ne nous paraît plus probable que l'opinion de M. Goyrand sur la cause de la mort. Si cependant un cas du même genre venait à se représenter, le chirurgien, averti par cet exemple, n'aurait-il rien à tenter pour diminuer le resserrement de l'abdomen? Et ne serait-ce pas là le cas d'appliquer le procédé de Celse, en faisant, à quelque distance de la tumeur, une incision circulaire, n'intéressant que la peau, pour permettre à celle-ci d'obéir à la traction de la cicatrice, sans brider et tendre les parois latérales de l'abdomen?

Il resterait à rechercher comment cet enfant a pu vivre si longtemps, alors que, dans les cas analogues, la mort est arrivée si vite. Nous présumons que l'épaisseur de l'enveloppe herniaire en rend suffisamment raison; il est bien rare, en effet, qu'elle ait perdu toute transparence; et l'on conçoit qu'une enveloppe plus mince ne puisse pas suffire tout à la fois à l'escarre et au développement de la cicatrice.

(*Annales de la chirurgie.*)

Obstétrique.

SUR LA PRÉTENDUE STÉRILITÉ *des femmes nées sœurs jumelles de garçons;* par SIMPSON, professeur d'accouchements à l'Université d'Edimbourg.

On pense généralement, dit Burns, que si deux jumeaux sont de sexe différent, la jumelle est stérile. Simpson s'est proposé de rechercher la valeur de cette opinion populaire, et de la soumettre à l'épreuve de quelques relevés statistiques.

Ce qui paraît avoir accrédité cette opinion, c'est l'observation faite depuis longtemps sur le part double des vaches lorsque les veaux sont de sexe différent. Le mâle devient un taureau parfait; l'autre, avec les apparences de la génisse, est un individu imparfait, une sorte d'hermaphrodite qu'on désigne en Angleterre sous le nom de *Free-Martin*. C'est un être impropre à la reproduction. Ceci n'est pourtant pas sans exceptions, et déjà J. Hunter l'avait entendu dire sans en connaître toutefois positivement aucun exemple. Outre trois faits exceptionnels déjà connus, Simpson en cite deux qui lui sont propres; dans tous, le double part a donné naissance à une génisse parfaite dans son appareil sexuel comme le taureau dans le sien, et féconde comme lui.

L'hermaphrodisme qui, dans des circonstances déterminées, frappe l'un des produits du double part de la vache n'a point encore été constatée dans d'autres espèces. La brebis, la chèvre, la jument, l'ânesse, n'ont encore rien offert de semblable.

Quant à l'espèce humaine, les relevés statistiques peuvent seuls résoudre la question. Et d'abord les matériaux abondent plus qu'on ne pourrait croire. Les registres des Maternités de Londres, Edimbourg et Dublin ont donné, sur 59,178 accouchements, 788 cas de jumeaux distribués de la manière suivante :

Garçon et fille : : 1 : 199;
Deux filles : : 1 : 226;
Deux garçons : : 1 : 258.

Les jumeaux de sexe différent sont donc plus fréquents que les jumeaux du même sexe.

MM. Cribb et Meckel sont les seuls auteurs qui aient fourni des matériaux à la solution de la question examinée par Simpson. Sur sept femmes qui se trouvaient dans les conditions ci-dessus spécifiées, six étaient devenues mères. Une seule n'avait point eu d'enfants après plusieurs années de mariage.

Les observations de Simpson, assisté de plusieurs de ses amis, sont beaucoup plus nombreuses. Elles portent sur 113 cas recueillis avec soin, disposés en tableaux contenant le nom, l'adresse, etc., de chaque femme. Or, sur ces 113 femmes nées sœurs jumelles de garçons, 103 sont devenues mères; les 10 autres sont restées stériles, quoiqu'elles fussent mariées, 1 depuis cinq ans, 9 depuis dix à quarante ans. Dans quatre cas de trijumeaux et un cas de quadrijumeaux de sexes différents, la jumelle fut féconde.

La réunion de tous ces faits forme un total de 123 cas, sur lesquels 11 femmes seulement furent stériles. C'est un cas de stérilité sur dix.

Il s'en faut donc bien que l'opinion populaire, qui frappe de stérilité les femmes nées sœurs jumelles de garçons, soit fondée. Simpson ne s'est pas toutefois borné à ce premier résultat déjà si important. Il s'est encore attaché à faire voir que la proportion des cas stériles n'est pas plus considérable alors que dans les circonstances ordinaires. C'est à quoi il est parvenu à l'aide de relevés exacts qui lui ont été fournis par deux de ses amis sur les résultats bien constatés des mariages dans deux villages considérables d'Ecosse, et surtout au moyen de l'Annuaire de la pairie. Un des villages donne 1 mariage stérile sur 10 1/2; l'autre 1 sur 10 1/9; la pairie 1 sur 6 1/9. La moyenne de ces trois proportions est de 1 sur 8 4/7. — On peut donc dire que les femmes nées dans les conditions particulières qui font l'objet des recherches de Simpson ne sont pas plus souvent stériles que les autres.

Enfin, poursuivant ses investigations aussi loin que possible sur ce sujet, l'illustre accoucheur d'Edimbourg établit également que, parmi les femmes nées sœurs jumelles de garçons, celles qui sont devenues mères ont fait preuve d'une fécondité au moins égale à celle des autres femmes.

Ainsi se trouve complétement renversée l'opinion populaire qui avait si injustement appliqué à la femme une cause de stérilité dont l'exemple n'a encore été constatée que chez la vache.

(*Edinb. med. and surg. Journal.*)

Pharmacologie chirurgicale.

PRÉPARATION DE L'ONGUENT MERCURIEL, *par* M. FOSSEMBAS.

Nous trouvons, dans le dernier numéro du *Journal de pharmacie*, une note sur la préparation de l'onguent mercuriel qui ne saurait passer sans quelques réflexions. Il s'agit d'un procédé qui permet de confectionner en moins d'une heure huit livres d'onguent mercuriel; ce procédé consiste tout simplement dans l'usage de la graisse rance, à la dose de 25 grammes pour une livre d'onguent.

« J'avais, depuis quelques mois, dit M. Fos-

sembas, exposé au contact de l'air humide une livre environ de cette graisse peu consistante que vendent les charcutiers; quand je l'employai elle n'était pas dure, mais elle adhérait assez fortement aux doigts. J'en ai pris 200 grammes, et je l'ai triturée quelques minutes dans un mortier de marbre; elle devint molle comme un miel épais. J'y ai versé alors 4 livres de mercure par portion de 300 grammes à chaque fois, et 5 minutes de trituration ont toujours suffi pour l'extinction complète du métal; seulement après avoir introduit la quatrième dose, l'onguent avait acquis de la dureté, mais l'opération a pu être facilement continuée par l'addition d'un peu d'huile d'amandes douces.

« En agissant comme je viens de le dire, j'ai pu incorporer 4 livres de mercure dans les 200 grammes de substance grasse employée. La loupe ne décelait pas la moindre particule métallique dans toute la masse. Arrivé à ce point, j'ai ajouté les 1800 grammes d'axonge récente, à demi fondue, et, après un quart d'heure d'agitation, j'avais un onguent parfaitement homogène, et où le mercure se trouvait éteint d'une manière irréprochable. »

Voilà le procédé; il n'est pas tout à fait neuf, et s'il ne s'agit que de la facilité d'exécution, il n'y a rien à dire. Mais est-il indifférent de faire l'onguent mercuriel avec de la graisse fraîche ou de la graisse rance? M. Fossembas allègue que la minime quantité de graisse rance qu'il emploie n'est pas capable de donner des qualités nuisibles à un médicament que l'on ne peut *préserver d'ailleurs longtemps* de la rancidité, et qui n'est *presque jamais employé que dans ce dernier état*.

Or, c'est là précisément la question dont un pharmacien ne peut guère être juge. Il est certain qu'un médicament quelconque, l'onguent mercuriel pas plus qu'un autre, ne saurait produire toujours des effets identiques chez tous les individus; mais avant de nous en prendre au tempérament, à la constitution, à l'idio-syncrasie, il serait bon de savoir s'il ne faut pas s'en prendre au médicament lui-même. M. Fossembas dit encore qu'avec de la graisse fraîche il n'a jamais vu le mercure éteint parfaitement avant qu'elle n'eût contracté une odeur manifeste de rancidité. Cela peut être, mais nous voudrions que cela fût bien démontré. Jusque-là, nous croyons que les praticiens feront sagement de se servir d'onguent fraîchement préparé au lieu d'onguent passé au rance; et qu'il ne sera pas sans intérêt, pour juger de son efficacité, de noter à chaque fait nouveau si l'on s'est servi d'onguent fabriqué par l'ancien ou par le nouveau procédé.

BULLETIN CLINIQUE.

DE LA MANIÈRE DONT LA MARCHE S'EXÉCUTE APRÈS L'AMPUTATION DE CHOPART, *par* M. MALGAIGNE.

Dans le dernier numéro de ce journal, après une analyse assez étendue d'un mémoire fort intéressant de M. Laborie, j'avais promis de publier deux faits qui m'appartiennent, et qui ne manquent ni de signification ni de portée. Sans doute il eût mieux valu en chercher ou en attendre d'autres afin de traiter la question d'une façon plus complète; mais d'autres occupations m'auraient obligé à rejeter ce travail à une époque très-éloignée; et ces deux observations, même isolées, pourront exciter l'attention des chirurgiens, et donner à quelque autre l'idée de s'emparer de ce sujet.

La première a été recueillie à Bicêtre, où j'étais alors chirurgien en chef, sur un sujet amputé depuis déjà 13 ans. Je n'avais encore rien observé de semblable; aussi je crains qu'elle ne présente quelques lacunes que je n'y laisserais point aujourd'hui. Mais elle servira comme de préambule à la deuxième.

OBS. I. — *Amputation de Chopart; impossibilité de la marche durant plusieurs années; mode de progression 13 ans après.*

Christophe Carré, âgé de 57 ans, vint à ma consultation à Bicêtre, le 12 mars 1842. Comme il avait subi l'amputation de Chopart, je l'examinai avec quelque soin; voici les détails de son histoire.

En 1829 il avait été amputé du pied droit, par Richerand, pour une affection organique, et avait quitté l'hôpital, guéri ou du moins cicatrisé, au bout de 4 mois. Mais ce fut en vain qu'il essaya de se servir de son moignon pour la marche; et, devenu ainsi impotent, il obtint son admission à Bicêtre environ six mois après sa prétendue guérison. Il était obligé d'user de deux béquilles; dès qu'il voulait appuyer le pied par terre, il ressentait une douleur des plus vives qui remontait le long de la jambe, et qui, disait-il, *parcourait la moelle de l'os*. Environ quatre ans s'écoulèrent ainsi; enfin à force d'essais, il quitta une béquille, puis l'autre, et il arriva à marcher avec l'aide unique d'un béquillon. Treize ans après son amputation, il s'offrit donc à nous dans l'état suivant.

La jambe était tout à la fois amaigrie et raccourcie. Le mollet avait 6 centimètres en circonférence de moins que du côté sain; et le tibia et le péroné gardant leur longueur normale, le raccourcissement portait entièrement sur le pied. Du sommet de la mal-

ſéole péronière au talon, il y avait un centimètre et demi de moins pour le pied amputé; ce qui tenait à ce que le talon était très-fortement relevé en arrière, de telle sorte qu'il faisait en arrière de la face postérieure de la jambe une saillie plus que double de celle du talon de l'autre côté. En conséquence de cette ascension anormale, le talon ne portait plus à terre, et le pied appuyait uniquement sur la partie antérieure du calcanéum qui se trouvait exactement sur la même ligne verticale que les deux malléoles. La peau correspondante s'était épaissie, et offrait un durillon sur lequel portait le poids du corps dans la marche; de là une douleur qu'il comparait à la pression d'un véritable cor. Du reste, nulle autre douleur, pas même dans la cicatrice; seulement, dans les changements de temps, il souffrait quelque peu au bout des orteils amputés, sensation commune à la plupart des opérés.

Tel était le pied considéré à nu; pour la marche, le blessé portait des bottines ordinaires. Il prenait seulement la précaution de placer un tampon de laine très-épais dans l'avant-pied de la bottine vide, pour éviter le froissement de la cicatrice; et pour la mieux ménager, il repliait en avant et en haut l'extrémité vide de son bas. Il avait essayé d'abord de la replier en bas et en arrière; mais elle formait des plis qui offensaient particulièrement le durillon. Le moignon se trouvait ainsi assez bien logé; mais il avait une assez grande tendance à s'infléchir en dedans, de manière à renverser en dehors le quartier externe de la bottine. Pour remédier à cet inconvénient, on avait d'abord ajouté à ce côté de la bottine un contre-fort très-solide: cela n'avait pas suffi; et le malade, tout en gardant ce contre-fort, était obligé de changer ses bottines de pied tous les 4 ou 5 jours.

Moyennant ces précautions, il marchait avec assez de facilité, allait, par exemple, de Bicêtre à la place Maubert en une heure et demie, ce qui équivaut à peu près à une lieue à l'heure. Le pavé le faisait souffrir plus que la route unie, à cause de son durillon; et quand il avait fait ses trois lieues pour aller à Paris et revenir, c'était toujours son durillon qui le fatiguait le plus. Enfin il porte le béquillon de la main droite; il a essayé de le porter à gauche, mais il n'y trouvait pas un aussi sûr appui.

Le premier point à considérer dans cette observation, c'est que le talon ne portait point, et, pour peu qu'on y réfléchisse, on verra que le talon ne peut jamais en pareil cas servir de support à la jambe. La voûte sur laquelle reposait le membre est détruite; c'est le centre de cette voûte qui tend à toucher le sol, et c'est le poids du corps même qui refoule invinciblement le talon en haut et en arrière. Nous le verrons mieux encore dans l'observation suivante.

Les choses étant ainsi, le membre est essentiellement raccourci de tout l'intervalle qui séparait du sol le sommet de la voûte plantaire. Voilà un second point.

En troisième lieu, le calcanéum s'élevant en arrière, s'abaissant en avant, de même que l'astragale qui suit tous ses mouvements, c'est le rebord antérieur et inférieur de ces deux os qui appuyera sur le sol, et tantôt l'un de préférence à l'autre, suivant que le calcanéum débordera l'astragale ou restera sur le même plan. On sait qu'il y a à cet égard plusieurs variétés de conformation; et peut-être serait-il à propos de rechercher si la forme générale du pied n'y entre pas pour quelque chose. Je n'ai point noté chez cet homme si le pied sain était plat ou arqué; c'est une lacune. Il m'a paru que le malade appuyait *sur la partie antérieure du calcanéum;* je voudrais être sûr de l'avoir exactement constaté. La tendance du pied à se renverser en dedans est un fait brut, dont la raison eût dû être cherchée. Je n'insiste pas sur l'amaigrissement du mollet qui est trôp facile à concevoir; mais pourquoi le sujet portait-il le béquillon du côté amputé plutôt que de l'autre? Car on verra tout à l'heure que cela n'est rien moins que constant.

On voit que je suis bien loin de donner cette observation comme complète; et cependant à l'heure qu'il est je n'en connais pas encore une qui le soit autant en pareille matière. Mais, peu de temps après, un autre amputé me tomba sous les yeux, à qui je devais attacher d'autant plus d'intérêt que c'était par moi que l'amputation avait été faite; de plus, il n'était pas arrivé au degré de tolérance de l'autre pour les bottines ordinaires; tout au contraire, il fallait lui trouver une chaussure spéciale qui lui permît de marcher commodément. A toutes ces circonstances qui me servaient d'aiguillon, s'ajoutait enfin le petit avantage d'avoir déjà pris une idée des choses par l'examen du sujet précédent; aussi l'observation sera plus exacte et plus instructive à la fois.

Obs. II.—*Amputation de Chopart; retard de la cicatrice qui ne s'achève qu'après la section du tendon d'Achille; difficulté de la marche vaincue par une bottine spéciale.*

Ledréau, ouvrier, âgé de 33 ans, au mois de février 1839 eut le pied gauche (1) engagé sous une roue de voiture, qui passa sur le gros orteil et le métatarsien correspondant. Cela ne l'empêcha point d'abord de se livrer à son travail; mais le pied s'étant gonflé, et le gonflement devenant de plus en plus con-

(1) M. H. Larrey a dit *le droit* par erreur.

sidérable, il entra à la Charité dans le service de M. Gerdy, le 17 mai 1839.

Ce gonflement recouvrait plusieurs petits abcès que M. Gerdy ouvrit successivement avec le bistouri. La plupart se transformèrent en fistules rebelles dont plusieurs remontaient jusque près du coude-pied; et lorsque je pris le service de M. Gerdy au commencement des vacances, je trouvai plusieurs ouvertures fistuleuses sur le dos du pied, conduisant aux articulations tarso-métatarsiennes; deux autres très-rapprochées des malléoles, laissant pénétrer le stylet à une grande profondeur, sans cependant toucher les os, mais nous laissant incertain si elles s'arrêtaient dans les tissus mous ou si elles allaient plus loin. L'amputation était l'unique ressource; seulement la question était de savoir si l'on amputerait le pied ou la jambe. Le malade préparé à tout, je procédai à l'opération le 13 septembre; et, après avoir largement débridé les fistules supérieures et m'être bien assuré que les os étaient intacts, je pratiquai l'amputation à la méthode de Chopart; obligé de tailler le lambeau supérieur très-irrégulier et très-court, à raison des fistules qui le parcouraient, et en revanche donnant une très-grande longueur au lambeau plantaire.

Les suites de l'opération furent assez simples; je noterai seulement que le lambeau plantaire que j'avais taillé si long et qui, dans les premiers temps, dépassait le bord supérieur de la plaie, se raccourcit et s'affaissa sur lui-même de façon à offrir tout au plus la longueur nécessaire. La réunion du côté externe s'opéra assez facilement; mais au côté interne, où j'avais débridé la principale fistule jusque sous la malléole, la suppuration continua, et la cicatrice demeura incomplète, laissant subsister trois petites ouvertures fistuleuses.

M. Gerdy ayant repris son service, le renvoya dans cet état sur la fin de novembre. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu où il ne resta que deux jours; puis à la Pitié où on le garda 9 mois; il en sortit non guéri, passa encore chez lui 6 à 7 semaines, se traînant sur des béquilles, et n'ayant jamais pu marcher depuis l'opération; enfin, désespéré, il entra à la Clinique, le 21 octobre 1840, demandant qu'on lui coupât la jambe.

Alors, d'après la description de M. H. Larrey, la cicatrice présentait 6 ou 8 ulcérations fistuleuses; le lambeau plantaire, rétracté en arrière, obéissait à l'action des muscles du mollet comme dans le piedéquin; mais lorsqu'on exerçait en sens inverse une traction sur ce lambeau, il semblait céder quelque peu à cet effort; et cette circonstance suggéra à M. Larrey l'idée de tenter la section du tendon d'Achille.

Cette section, pratiquée le 30 octobre, permit au talon de s'abaisser sensiblement jusqu'à faire froncer le niveau de la cicatrice. Un bandage contentif et inamovible maintint le moignon dans cet état pendant une douzaine de jours, le membre entier soumis à un repos absolu. A la levée de l'appareil, tout était solidement cicatrisé, et le talon si exactement en rapport qu'il n'avait plus aucune tendance à se reporter en arrière. Un soulier fut fait exprès avec une sorte d'avant-pied garni de liége pour protéger le moignon, un coussinet circulaire étant adapté au talon pour le soutenir; et enfin la tige de cette chaussure, remontant jusque vers le milieu de la jambe, assujettit le membre dans tous ses mouvements.

Le malade sortit de la Clinique vers la fin de décembre 1840. Le 9 novembre 1841, M. H. Larrey le faisait voir à l'Académie royale de médecine: « Il fallait attendre, disait-il sagement, que ce résultat heureux fût définitif et nous avons attendu. Il y a aujourd'hui plus d'un an que la petite opération a été faite, et rien n'en a compromis le succès; le pied soutient assez bien le poids du corps dans la marche et la station, sans le secours même d'un béquillon; et le pauvre ouvrier ne pense plus à se faire couper la jambe. »

M. H. Larrey disait vrai quant au résultat de l'opération; mais quant à la bottine et quant à la marche, les choses n'étaient pas à beaucoup près en si bon état.

D'abord au sortir de la Clinique, on avait muni notre opéré du brodequin décrit par M. Larrey; mais le froid l'empêcha de le porter, et comme, quand il posait le pied par terre, la jambe devenait bleue et se gonflait, il se décida à reprendre ses béquilles pour l'hiver et ne les quitta qu'à la fin de mars 1841, époque à laquelle il entra à l'hôpital Cochin. M. Cochin qui lui portait quelque intérêt, lui fit fabriquer par M. Charrière une bottine qui coûta 100 francs : il ne put pas la garder une demi-heure. Il reprit donc son brodequin de la Clinique; mais ne pouvant marcher avec facilité, incapable de gagner sa vie, il se tint trop heureux de pouvoir être admis à Bicêtre le 16 juin 1841; et c'est de cet hospice qu'il vint voir M. H. Larrey lorsque celui-ci le présenta à l'Académie royale de médecine.

Peu de temps après cette présentation, la marche étant toujours pénible, le pauvre homme vint me conter son histoire et me demander une autre chaussure. Voici en quoi péchait son brodequin.

Ainsi que nous le verrons tout à l'heure plus en détail, le moignon appuyait surtout par sa partie antérieure, et le talon était reporté en haut et en arrière. Le talon du brodequin suivait ce mouvement; la semelle

se pliait donc nécessairement au point où cessait le moignon; et l'avant-pied de liége venait frotter en haut contre la cicatrice; frottement d'autant plus fort que la semelle avait perdu plus de sa solidité. Je lui en fis faire un neuf avec une semelle solide; elle ne tarda pas à se fléchir à son tour. Pour y mettre obstacle, le malade imagina de doubler la portion postérieure de la tige avec une lame de fer-blanc; de cette manière le talon remontait moins, et la flexion de la semelle était moindre, mais subsistait toujours.

Je jugeai alors que l'avant-pied, ne compensant ses inconvénients par aucune sorte d'utilité, devait être supprimé, et je fis faire un brodequin qui embrassait exactement le moignon. Alors ce fut une autre série de phénomènes. Le talon remontait toujours; la partie postérieure de la tige pliait pour obéir à ce mouvement; de là une douleur que le malade ressentait surtout au niveau des malléoles, et qu'il rapportait à la section du tendon d'Achille.

Il y avait là une indication positive. Il fallait empêcher le talon du brodequin de remonter, et pour cela il fallait lui faire prendre son point d'appui sur la jambe à l'aide d'une ou plusieurs tiges inflexibles; et, par une conséquence inévitable, immobiliser la jambe sur le pied. Je fis écrire par l'administration à M. Martin; mais je voulus auparavant étudier plus exactement que je n'avais fait le mécanisme de la marche avec ce pied mutilé, afin d'arriver aux indications par la voie la plus courte, et sans passer par tous les tâtonnements de l'expérience empirique.

Le pied et la jambe étant donc mis à nu, on voit d'abord que le talon est porté en arrière et un peu en haut. Pour en donner une idée exacte, du bord postérieur de la malléole externe au bout du talon, on trouve pour le côté sain 4 centimètres; du côté malade 5 centimètres. Par une conséquence nécessaire, le talon ne porte pas sur le sol; si le malade essaie de s'appuyer sur ce talon seul, il ne peut se soutenir un seul instant, le moignon se fléchit de manière à reporter immédiatement le poids du corps sur l'angle antérieur et externe du calcanéum; et ce mouvement excite de la douleur vers cet angle d'abord, puis vers l'endroit de la section du tendon d'Achille. Cet angle antérieur et externe du calcanéum est donc le point le plus déclive du pied et le premier qui touche le sol; c'est sur lui aussi que le poids du corps doit porter d'abord, attendu qu'il se trouve presque absolument sur la même ligne verticale que le péroné. Mais comme cet angle fort aigu et d'ailleurs fort peu garni de chairs est presque à nu sous la peau, il en résulte qu'il faut chercher un point d'appui plus large et mieux garni; on le trouvera dans la partie antérieure et interne du calcanéum et surtout dans la tête de l'astragale, à la condition de leur fournir un plan solide qui les emboîte et les soutienne, tandis qu'on fera porter à faux l'angle redouté.

Le membre est raccourci d'un centimètre, chose facile à concevoir puisque c'est la voûte du pied qui maintenant touche le sol; il est à noter que le pied sain est assez plat, ce qui explique l'insignifiance du raccourcissement. Cependant il y a là une indication nouvelle, et pour éviter la claudication, il importe que la semelle de ce côté soit un peu plus haute que l'autre.

Avec ces trois indications, nous pensions satisfaire aux principales difficultés. Mais déjà M. Martin était arrivé de son côté aux mêmes conclusions; et la pratique l'avait conduit à fabriquer une bottine sans avant-pied, avec une épaisse semelle ferrée en arrière d'un fer à cheval; la semelle maintenue parallèle au sol par deux tiges de fer très-doux, mais solides, montant de chaque côté jusqu'à la jarretière, et fixées là par un demi-cercle de fer bien rembourré qui embrassait le mollet, tandis qu'une courroie également rembourrée achevait d'embrasser la jambe en avant. Le dedans de la bottine était muni en outre d'une autre semelle en liége d'environ 3 centimètres d'épaisseur, creusée en arrière pour recevoir le talon, gardant au contraire toute son épaisseur en avant pour fournir un plan solide à l'astragale et au calcanéum.

Qui n'aurait cru que cette bottine devait remplir le but? Au moment même où le malade l'essaya, il s'en trouva à merveille; mais il ne l'eut pas essayée quelques heures que les inconvénients vinrent à se faire sentir.

D'abord l'évidement de la semelle de liége n'avait été fait qu'en vue de la forme extérieure du moignon; et l'angle externe du calcanéum était trop fortement comprimé. Le malade y remédia en retranchant tout le rebord postérieur et externe de cette semelle, de telle sorte que ni l'angle ni le talon n'appuyaient véritablement nulle part, et que le point d'appui réel était fourni par la portion antérieure, inférieure et interne de la tête de l'astragale. Bien que cette partie du moignon fût bien garnie de chairs, ces chairs étaient trop tendres pour supporter la pression toute nouvelle à laquelle elles étaient soumises; il fallut garnir de crin, de bourre, et finalement avec un morceau de peau de mouton la portion correspondante de la semelle. Enfin, après toutes ces améliorations, se révéla un nouvel inconvénient; la jambe vacillait d'un côté à l'autre sur le pied; ce qui rendait la marche peu sûre, et ce qui ramenait en outre l'angle du calcanéum en dedans et le faisait presser douloureusement contre la semelle. M. Martin imagina d'embrasser le

côté externe de la jambe, vers son tiers inférieur, avec une bande de cuir large de quatre travers de doigts, qui venait se boucler sur la tige latérale interne. Par là l'angle calcanien était rejeté définitivement en dehors; et les choses allèrent bien pendant quelque temps.

Mais au bout de deux mois le malade ne put plus supporter la pression de cette bande. Elle comprimait douloureusement le péroné; elle faisait gonfler le pied; en un mot elle le gênait tellement qu'il la supprima et la remplaça par un tampon de crin et un morceau de peau de mouton placés entre la bottine et la peau, immédiatement au-dessus de la malléole externe. La pression ainsi exercée fut bien encore un peu douloureuse; mais il finit par s'y habituer.

Je l'ai revu il y a quelques jours, afin de juger de l'état des choses; et il est venu de Bicêtre à Paris, portant toujours la même bottine que le fer à cheval défend contre une usure trop prompte. La pression portant surtout en avant de la semelle, c'est là que l'usure est la plus forte, et d'autant plus que le fer à cheval ne se prolonge pas jusque-là. La raison très-légitime en est que si toute la semelle était ferrée, il serait trop exposé à glisser sur le pavé. Aussi là semelle, étant tout en cuir en cet endroit, s'use très-vite, et on est obligé de temps à autre d'y rajuster de nouvelles plaques de cuir. Il marche assez vite, et peut aller de Bicêtre au Parvis Notre-Dame en cinq quarts d'heure, ce qui fait plus d'une lieue à l'heure. Pour aller de ce train, il lui faut un bâton, qu'il tient de la main droite; ce qui est tout contraire à ce que nous avons dit du sujet précédent; il a essayé vainement de le porter à gauche. Pour une simple promenade il peut se passer de bâton.

Le mollet a 4 centimètres de moins à cette jambe qu'à l'autre. J'ai examiné le pied. Il n'y a pas de durillon sous l'astragale; il y en a, au contraire, un petit fort douloureux à la pression sous l'angle externe du calcanéum; mais il existait au dire du malade avant qu'il eût sa bottine. Il ne porte point de bas, la bottine étant trop juste pour en recevoir. Dans les changements de temps, le moignon devient bleu et se gonfle, mais c'est là tout. Il sent habituellement ses orteils au bout du pied, et pas plus en un temps qu'en un autre; il ajoute même qu'il lui semble qu'il leur fait exécuter tous les mouvements accoutumés.

Voilà une observation fort longue; on me le pardonnera peut-être en faveur de l'intérêt qu'elle présente. On voit quels tristes résultats donne généralement cette amputation de Chopart qu'un habile chirurgien, s'appuyant de quelques méchantes données anatomiques, prétendait substituer dans tous les cas à l'amputation tarso-métatarsienne. Sans revenir sur les points déjà touchés, j'appellerai seulement l'attention des praticiens sur une question assez importante: attendu la gêne et les douleurs qu'excite l'angle antérieur et externe du calcanéum, ne devrait-on pas admettre comme règle de médecine opératoire, d'enlever cet angle inutile et nuisible lorsqu'on est réduit à pratiquer cette amputation? Pour moi je considère cette question comme suffisamment résolue; et je me ferai toujours un devoir de le retrancher à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE.

EXPOSÉ DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE, *depuis le 8 mai 1842 jusqu'au 14 mai 1843.*

Les sociétés savantes disséminées dans nos villes de province ont sans doute une utilité qu'il serait injuste de méconnaître; elles entretiennent l'émulation, resserrent les liens de la confraternité, et quelquefois enfin, comme dans une occasion récente, elles élèvent la voix de tous les points du pays pour la défense des grands principes. Mais, à côté de ces avantages, il y a des inconvénients inévitables; nombre de travaux dignes d'estime, élaborés ainsi dans ces petites sociétés, ne parviennent que difficilement à la connaissance du public, et risquent d'être perdus pour la science. Du moins faut-il que la presse se charge de les recueillir, autant que possible, et s'en empare pour les sauver d'un oubli immérité.

L'exposé des travaux de la société de Toulouse, tracé d'une plume à la fois facile et élégante, par M. Ducasse, secrétaire général, ne comprend pas moins de 45 communications.

On comprend qu'il nous serait impossible même de les énumérer toutes; nous en rappelleront seulement quelques-unes de celles qui ont trait à la chirurgie.

M. Cayrel s'est occupé du traitement du *delirium tremens*. Il rejette la saignée, comme Dupuytren; mais contre Dupuytren il rejette également les opiacés; et, cherchant uniquement à appeler sur d'autres systèmes la vitalité concentrée dans l'encéphale, il recommande l'exercice musculaire porté jusqu'à la fatigue. Quatre guérisons ainsi obtenues ne permettent pas de dédaigner ce moyen, qui nous paraît cependant difficile à appliquer dans la plupart des cas de *delirium tremens* chirurgical.

M. Combes a donné l'histoire d'une hydro-

cèle du cou chez une petite fille de 8 ans, guérie en 15 ou 20 jours, à l'aide d'une seule injection iodée. C'est un succès à ajouter à ceux que M. Velpeau a déjà obtenus de la même méthode.

M. Igounet a eu à traiter, chez un enfant de six mois, un *nœvus maternus* énorme, situé entre l'angle inférieur de l'omoplate droite et les épines vertébrales, et n'ayant pas moins de 12 centimètres de long sur 8 de large, et 5 millimètres d'élévation. Il passa au travers deux fortes aiguilles de bourrelier, qu'il fixa par un fil ciré comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Leur séjour détermina une légère inflammation qui suffit pour transformer la tumeur érectile en une cicatrice blanche et unie. Cette application hardie de la méthode de M. Lallemand mérite assurément de fixer l'attention.

Nous pourrions citer encore, parmi bon nombre d'autres articles, des considérations de M. Carré sur l'utilité de l'amputation avant la limitation de la gangrène, quand celle-ci provient d'une cause externe : un cas de fracture des lames des vertèbres, avec commotion de la moelle et paraplégie immédiate ; le danger fut conjuré par M. Fournalès, à l'aide de saignées répétées, de sangsues et de ventouses sur l'endroit blessé, de manière à procurer une dérivation sanguine incessante. Un autre cas de commotion de la moelle, rapporté par M. Ducasse avec tous les détails nécessaires, présente un intérêt d'un autre genre ; il y eut une rétention d'urine qu'on attribua à la paralysie de la vessie, mais dans laquelle cependant la vessie conservait une sensibilité telle que le séjour de la sonde s'accompagnait de douleurs horribles. Le malade se rétablit ; neuf ans après il fut repris de douleurs à la région vésicale, et il succomba quelques mois après à un ramollissement des reins et de la muqueuse vésicale démontré par l'autopsie. Mais quelle était l'origine de cette affection ? Avait-elle quelque rapport avec celle qui s'était montrée neuf ans auparavant, à l'occasion d'une commotion de la moelle ? Nous eussions désiré que M. Ducasse eût abordé ces questions ; pour nous, plusieurs faits analogues nous inclinent à soupçonner que les lésions traumatiques de la moelle déterminent fréquemment dans la vessie et surtout au col une inflammation plus que suffisante pour rendre compte de la rétention d'urine ; mais la question a besoin d'être éclairée par des faits plus nombreux.

M. Ducasse a encore communiqué l'observation d'une grosse épingle logée dans la vessie d'une jeune fille, puis oubliée, puis devenue le noyau d'un calcul si volumineux, que la malheureuse, mariée et devenue enceinte, ne put accoucher qu'à l'aide du forceps, et eut la vessie et la matrice tellement contuses que la mort s'ensuivit. L'autopsie révéla la cause physique de tous ces désordres.

Nous terminerons cette rapide revue par deux faits qui ne sont pas d'une médiocre importance pour l'histoire des hernies. Un enfant de 10 ans avait été atteint d'une hernie inguinale étranglée, traitée avec succès à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Huit ans après, ce jeune homme qui par intervalles ressentait des coliques avec nausées et vomissements, facilement calmées par des bains et des lavements, éprouva de vives douleurs abdominales avec tension, tympanite, constipation, coma, syncopes, convulsions, vomissements de matières fécales. Cet état dura deux jours, malgré tous les moyens employés ; qui n'eût été tenté d'accuser l'ancienne hernie ? Tout à coup, le troisième jour, au milieu d'un vomissement stercoral, le malade rend par la bouche 21 noyaux de cerises ; 16 autres noyaux sont rendus par les selles ; dès lors affaissement subit du ventre, et marche franche vers une convalescence complète. Le malade avait avalé tous ces noyaux quatre jours auparavant. Ce fait appartient à M. Igounet ; il est curieux par sa rareté même ; mais le suivant, dû à M. Fourquet, se répète plus fréquemment qu'on ne pense, et importe essentiellement au pronostic des hernies étranglées.

Une femme, âgée de 68 ans, portait depuis 25 ans une hernie crurale. Celle-ci s'étrangle ; tous les moyens préconisés pour en opérer la réduction échouent ; au bout de sept jours, le danger devenant plus pressant, on opère. L'opération n'offrit aucun phénomène remarquable ; la hernie était formée par l'intestin et l'épiploon, et une portion de celui-ci étant endurcie et adhérente, elle fut laissée dans la plaie en guise de bouchon. Les suites semblèrent d'abord heureuses ; les évacuations se rétablirent d'elles-mêmes et continuèrent toute la nuit ; le ventre était souple ; mais en même temps les vomissements n'avaient pas cessé malgré une potion calmante, et la malade était moralement et physiquement dans un état de prostration alarmant. Dix-huit heures après l'opération, elle mourut d'une manière inopinée. L'autopsie fut absolument muette sur les causes de la mort ; nul épanchement dans l'abdomen, aucune trace d'inflammation des organes contenus dans sa cavité ; et la portion intestinale étranglée avait même éprouvé une amélioration remarquable dans sa couleur et dans son tissu.

Nous avons vu un cas du même genre l'an dernier dans notre pratique particulière. Et ce n'est pas seulement après l'opération la mieux faite qu'une telle mort arrive ; mais nous avons vu plus d'une fois des sujets atteints de hernies seulement enflammées, réduites par un taxis modéré, succomber à la

suite du taxis sans que l'autopsie fît voir autre chose que l'anse intestinale phlogosée au milieu des autres viscères absolument sains. Comment prévoir ces résultats, si éloignés des résultats ordinaires? Et comment s'y opposer, si l'on ne parvient pas à en démêler la cause, c'est-à-dire à les prévoir? C'est un sujet d'une haute importance, et qui appelle toute la méditation des praticiens.

On voit combien il y a de richesses cachées, nous ne voudrions pas dire perdues, dans ces comptes rendus des travaux de nos sociétés de province, qui ne jouissent pas à notre avis d'une assez grande publicité. Nous avons dû nécessairement choisir, et laisser en arrière bon nombre d'autres faits recueillis par d'autres observateurs également dignes d'être nommés; nous ne voulons pas cependant terminer cette analyse sans citer, avec un juste tribut d'éloges, le discours prononcé par M. Rolland, président de la société, à l'ouverture de la séance publique. Il a combattu ces définitions étroites de la chirurgie, qui ne voient dans cette science qu'un art mécanique; il l'a montrée avec toutes ses difficultés, ses doutes, ses erreurs, qui la rapprochent si souvent de la médecine interne; et, loin que cet examen rigoureux tende à la rabaisser, il a pu dire, au contraire, avec juste raison : « Je l'ai grandie de tous les obstacles que je constate dans sa marche comme science, de toutes les difficultés qui se pressent dans ses applications pratiques, de tous les emprunts légitimes qui servirent à assurer ses progrès. »

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—*Séance du 22 janvier.*—MM. Désirabode adressent un mémoire *Sur les moyens de prévenir et de corriger les vices de la seconde dentition.*

M. Lieutaud envoie la copie d'une planche d'anatomie chinoise gravée en 1576, et par lui achetée à Tching-Haë en 1841. Elle est fort peu exacte, comme on pouvait s'y attendre.

29 *janvier.*—M. Chailly, en son nom et en celui de M. Godier, lit un mémoire *Sur un nouveau mode de traitement des déviations de la taille sans lits mécaniques et sans sections musculaires.*

M. Lafargue de Saint-Emilion propose l'inoculation de l'huile de croton tiglium sur les *nœvi materni* des enfants. Il ne veut pas qu'on fasse plus de six piqûres.

Académie de médecine.—Presque tout le mois qui vient de s'écouler a été rempli par la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier. Nous avons donné ce mémoire dans les Travaux originaux; il est probable que la discussion ne saurait se prolonger longtemps encore; et nous en donnerons l'analyse complète dans notre prochain numéro.

Le 23 janvier, M. Lucien Boyer a présenté de nouveaux instruments pour la ligature des polypes utérins, et qu'il a déjà appliqués une fois avec succès.

—Nous avons omis de dire que, dans la séance du 9 janvier, M. Scoutetten a montré à l'Académie les dessins des instruments de chirurgie trouvés dans les fouilles d'Herculanum et de Pompéï. Ces dessins représentent, entre autres instruments, la sonde droite et la sonde en S, l'aiguille à séton, les ciseaux, le trocar, etc.

—M. Bouvier avait présenté dans la même séance une pièce anatomique relative à une fracture de l'axis, survenue chez une vieille femme de la Salpêtrière, qui s'était laissée choir de son lit en voulant prendre le bassin.

—M. Guérin vient de perdre en cour royale comme en première instance, le procès qu'il avait intenté au *Journal de chirurgie.* Il faut espérer que cet échec définitif servira d'exemple à quiconque prétendrait entraver la critique scientifique; et que toutes les questions qui se rattachent à l'orthopédie pourront désormais être agitées sans crainte devant le public médical ou les Académies, et recevoir d'une discussion libre la lumière dont elles ont si sérieusement besoin.

Illustres médecins *et naturalistes des temps modernes*, par M. Isidore Bourdon, membre de l'académie de médecine, 1 vol. in-18, format Charpentier: Prix, 3 fr. 50.—Au comptoir des imprimeurs unis, quai Malaquais, 15. — Ce volume contient des notices sur Cuvier, Harvey, Haller, Camper, Bichat, Dupuytren, etc. Nous en rendrons compte.

Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, ou *Traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie*, par MM. L.-Ch. Roche, L.-J. Sanson et A. Lenoir, 4e édition corrigée et augmentée; 5 vol. in-8o de 650 à 700 pag. chacun : Prix, 36 fr.—Les quatre premiers volumes sont en vente, le cinquième paraîtra prochainement.—Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8o. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, no 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, no 22.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

// JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

MARS 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la cautérisation à l'aide du fer rouge *dans le traitement des ulcérations et des engorgements du col utérin;* par **M. Camille LAURÈS**, *D.-M.-P.*

Je me propose d'appeler l'attention des praticiens sur une méthode de traitement mise en usage depuis longtemps par M. Jobert de Lamballe, et qui consiste à attaquer certaines ulcérations du col de la matrice par les cautérisations à l'aide du fer rouge. Pendant les trois années que j'ai passé en qualité d'interne dans le service de M. Jobert, j'ai recueilli un nombre considérable de faits qui, joints à ceux que sa bienveillance m'a mis à même d'observer dans sa pratique privée, ont servi de base à ce travail.

En laissant de côté les ulcérations cancéreuses et syphilitiques, toutes les autres peuvent se ranger dans deux catégories, savoir :

1o Les *ulcérations simples*, qui sont constituées par l'absence de l'épithélium seulement, et qui, s'étendant plutôt en superficie qu'en profondeur, laissent au col ses qualités normales;

2o Les *ulcérations compliquées*, formées par trois éléments distincts : le catarrhe siégeant sur la membrane interne de l'organe, l'engorgement occupant le tissu du col, et l'ulcération se développant sur la surface externe.

Dans la majorité des cas l'affection débute par la membrane interne de l'utérus; et le catarrhe existant seul, ou bien joint à l'engorgement du corps et du col de la matrice, produit des symptômes très-prononcés, en l'absence même de toute ulcération. Celle-ci ne se forme quelquefois qu'à une époque éloignée du début de la maladie, et elle fait des progrès d'autant plus rapides que les tissus sur lesquels elle repose sont ordinairement infiltrés de liquides et ramollis par le travail inflammatoire lent qui s'est développé depuis longtemps dans le col. Ces ulcérations sont souvent accompagnées d'hypertrophie simple, de ramollissement ou d'induration.

Dans certains cas le point de départ de la maladie est l'ulcération elle-même, qui vient s'établir sur un col entièrement sain: les modifications qu'il subit plus tard dans sa consistance, dans son volume, doivent en être regardées comme les effets directs; et bien qu'elle ne détermine dans les premiers temps de son existence aucun symptôme alarmant, le praticien doit tendre de tous ses efforts à en arrêter les progrès, dans la crainte que l'engorgement et le catarrhe utérin ne viennent s'ajouter à elle pour constituer une affection plus rebelle aux agents thérapeutiques; dans la crainte aussi que, sous l'influence de causes toutes locales ou d'une disposition individuelle, elle ne dégénère en ulcère, et n'amène dans le tissu de la matrice des altérations qui peuvent conduire les malades à la mort.

Quelles que soient les causes qui les aient produites, les ulcérations du col de la matrice constituent ordinairement une affection très-rebelle. Il ne suffit pas d'obtenir la cicatrisation de l'ulcère: car, tant que le catarrhe et l'engorgement persisteront, on se trouvera en face des mêmes accidents.

Tous les praticiens savent que, dans une foule de circonstances, les caustiques employés comme traitement local des ulcérations (nitrate acide de mercure, caustique de Vienne, etc.), sont insuffisants dans leur mode d'action et éternisent le mal sans le modifier. Je n'hésite pas à donner la préférence au fer rouge, dans les cas où il est important d'agir par un moyen puissant pour changer avec rapidité le caractère de l'altération, et pour réveiller dans l'utérus une activité favorable à la résolution de l'engorgement, et à la cicatrisation de l'ulcération.

En recherchant avec soin dans les auteurs anciens tout ce qui a trait aux affections de la matrice, on voit qu'ils n'employaient guère, pour les guérir, que des lotions, des pommades, des poudres, des onguents, etc. Celse recommande l'application du fer rouge pour le traitement des ulcères rebelles qui accompagnent quelquefois la chute du rectum ou de la matrice: *si anus ipse vel os vulvæ procidit*; et après avoir indiqué les médicaments qui peuvent faciliter la réduction de la partie, et les moyens de la maintenir réduite, il ajoute: *Fungo quoque simile ulcus in eâdem sede nasci solet* (suit encore l'énumération des médicaments); *sin id hac ratione non tollitur, vel medicamentis vehementioribus, vel ferro adurendum.*

Ce n'est que de nos jours que des indications plus précises ont été proposées. Percy, dans sa *Pyrotechnie*, s'exprime ainsi: « Ne pourrait-on pas, dans certaines affections malignes et rebelles du vagin et du col de l'utérus, faire usage du feu, soit pour dessécher, soit pour brûler réellement? »

Le baron Larrey proposa la cautérisation avec le fer rouge chez une malade dont l'observation est rapportée dans le *Traité pratique des maladies de l'utérus*, de madame Boivin et Dugès, et chez laquelle il existait une ulcération cancéreuse du col.

Mais c'est à M. Jobert (de Lamballe) que revient tout le mérite d'avoir établi la valeur réelle de la cautérisation par le fer rouge dans les ulcérations et les engorgements du col de la matrice. Dès l'année 1830, il était occupé de rechercher les bons effets de cette méthode de traitement, qui depuis a produit, entre ses mains, des résultats si satisfaisants, et qui mérite, à tous égards, l'attention des praticiens.

Le premier phénomène qui saisit l'esprit dans la cautérisation du col de l'utérus par le fer rouge, c'est l'insensibilité complète de cet organe à l'action du feu; à tel point que toutes les malades qui n'ont pas été averties de l'opération qu'elles subissent

avouent, lorsqu'elle est terminée, qu'elles n'ont absolument rien senti, et qu'elles ne savent pas ce qui leur a été fait. Les seules douleurs qu'on détermine (douleurs qui, du reste, ne rappellent en rien celles des brûlures) tiennent à la pression qu'on exerce sur le col, lorsque le cautère, restant appliqué avec une certaine force pour produire une escarre profonde, refoule de bas en haut la totalité de l'organe. Toutefois, il faut avoir bien soin que le spéculum contienne le col seulement, et qu'aucun repli du vagin ne s'y introduise. A défaut de cette précaution, l'approche du fer rouge pourrait développer une chaleur assez vive pour que le vagin en fût douloureusement affecté.

On emploie, pour pratiquer la cautérisation, des tiges de fer terminées par une extrémité renflée, et un spéculum plein en ivoire qui protége les parties environnantes, en raison de la propriété dont jouit la matière qui le forme d'être un mauvais conduit du calorique. Après avoir abstergé avec un pinceau de charpie le muco-pus qui recouvre la surface ulcérée, on applique le fer sur elle, en veillant à ce qu'il soit rougi à blanc, pour qu'il n'adhère pas aux parties avec lesquelles on le tient en contact; ce qui exposerait à arracher, en le retirant, l'escarre qu'il a produite. Cette escarre est plus ou moins étendue en largeur et en épaisseur, suivant que la cautérisation n'a intéressé que les parties superficielles, ou bien qu'elle a détruit les tissus jusqu'à une certaine profondeur.

La production de l'escarre provenant de la désorganisation du tissu utérin, sans que la moindre douleur soit perçue par les malades, est le seul effet immédiat de l'opération; et ce résultat, qui dans tous les cas a été le même, qui n'a jamais souffert d'exceptions, peut être accepté comme un fait à peu près invariable, appuyé déjà sur un nombre de cautérisations qui dépasse trois ou quatre cents.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent la cautérisation, les malades n'éprouvent d'autre symptôme qu'on puisse rattacher à l'opération elle-même, qu'une augmentation dans la quantité de l'écoulement. La matière qui le constitue conserve quelquefois toutes les qualités qu'elle présentait auparavant; mais tantôt elle offre plus de consistance, et une coloration verdâtre plus intense; tantôt elle est plus liquide; d'autres fois il s'y mêle une certaine quantité de sang. Ces différences elles-mêmes empêchent d'apprécier d'une manière bien rigoureuse l'influence que la cautérisation exerce sur la sécrétion de l'utérus. Le seul phénomène qui soit à peu près constant, c'est l'augmentation dans la quantité du produit sécrété.

Le grand nombre de malades qui ont passé sous mes yeux m'a permis d'étudier avec soin les effets de la cautérisation, et je n'ai jamais vu aucun symptôme fâcheux se développer après elle. Le ventre, les régions iliaques, ne sont pas plus douloureux qu'après les cautérisations faites avec les caustiques; l'éjection des urines, la défécation, n'éprouvent pas de changements; le pouls n'offre point de variations dans sa fréquence, ni dans sa force. A côté de ces résultats négatifs, je dois signaler l'amélioration rapide que l'opération amène presque toujours dans l'état des malades. On voit souvent des femmes dont l'affection est en voie de guérison être prises spontanément, après quelques jours de calme et de bien-être, de douleurs vives dans la région lombaire, de coliques, de tiraillements d'estomac, de maux de tête, etc. La cautérisation pratiquée pendant cet état de souffrance dissipe les accidents et fait rentrer tout dans l'ordre.

Il semblerait, *à priori*, qu'un agent aussi énergique que le fer rouge dût placer l'utérus dans des conditions qui modifient d'une manière notable la fonction importante qui lui est dévolue; je veux parler de la menstruation. Eh bien! l'observation n'amène point aux mêmes conséquences que le raisonnement. Bien que M. Jobert choisisse, pour appliquer la cautérisation, une époque qui ne coïncide pas avec celle de l'apparition des règles, j'ai vu des malades de l'hôpital qui, dans l'espoir d'une guérison plus prompte, trompaient le chirurgien sur la date de leurs règles, qu'elles attendaient le jour même, le lendemain ou le surlendemain; le fer rouge était mis en usage, et aucun changement ne survenait dans l'accomplissement de la fonction menstruelle, qui s'exécutait comme à l'ordinaire. Malgré toute l'attention que j'ai apportée à rechercher l'influence que la cautérisation pouvait avoir sur le retour périodique des règles, sur l'augmenta-

tion ou la diminution du sang exhalé, je n'ai point remarqué qu'elle dérangeât le mouvement fluxionnaire de l'utérus; au contraire, il m'a été démontré que la fonction se régularisait après plusieurs cautérisations, et finissait par se rétablir en se rapprochant progressivement de l'ordre normal, à mesure que l'affection qui l'en avait fait dévier marchait vers la guérison. Il est rare qu'une seule cautérisation modifie la surface ulcérée, au point d'amener la guérison. Il faut ordinairement revenir plusieurs fois au même moyen; et, sans préciser au juste la durée de l'intervalle qui doit exister entre chaque cautérisation, je noterai que dans la plupart des cas elle peut être remise en usage, du huitième au dixième, douzième ou quinzième jour; la séparation de l'escarre s'effectuant, chez le plus grand nombre des malades, du quatrième au septième jour. L'activité du travail éliminatoire qui se développe autour d'elle est soumise à une foule de circonstances dépendant de la nature, de l'étendue du mal, et de la santé générale des sujets. Lorsqu'elle repose sur un tissu ramolli, infiltré de liquides, elle se détache plus rapidement que lorsqu'elle a son siége sur un tissu dense et résistant. Sa chute laisse à découvert une surface rouge plus uniforme, d'un meilleur aspect, et qui se trouve dans de bonnes conditions pour que la cicatrisation fasse des progrès. La suppuration est quelquefois assez abondante.

C'est d'abord à la circonférence de l'ulcération qu'on voit se former le tissu cicatriciel. D'une couleur blanchâtre, et offrant peu d'épaisseur, il s'avance de la périphérie au centre, quelquefois d'une manière régulière et progressive, mais souvent en envoyant dans les différents sens des lignes qui donnent à la cicatrice l'aspect étoilé, ou bien en formant des plaques interceptant entre elles des points où l'ulcération persiste plus longtemps, et qui ne tardent pas à être effacés, lorsque ces plaques multiples se réunissent en une seule par le rapprochement de leurs bords voisins. Quand la tendance à la cicatrisation est aussi marquée, il faut s'abstenir de toute cautérisation avec le fer rouge, et se contenter de toucher avec le nitrate acide de mercure les points seulement qui ne sont pas recouverts par la cicatrice.

Dans les cas où l'affection plus rebelle a rendu nécessaire cinq ou six applications du fer rouge, on remarque au centre du col une dépression infundibuliforme, résultant de la perte de substance qui a été faite et que les efforts réparateurs de la nature n'ont pu parvenir à combler. La cicatrice recouvre également cet infundibulum, au centre duquel se trouve l'orifice utérin qui a conservé ses dimensions naturelles.

Il est difficile de déterminer tous les cas auxquels la cautérisation avec le fer rouge est applicable: on rencontre dans l'engorgement de la matrice, dans la forme, l'étendue et l'aspect de l'ulcération, certaines conditions que le praticien sait apprécier, et que je ne puis décrire ici. Cependant, il est permis de préciser son emploi d'une manière générale, en disant qu'elle doit être mise en usage de préférence aux autres caustiques:

1° Toutes les fois qu'une ulcération profonde, exubérante ou fongueuse est compliquée d'hémorragies, d'hypertrophie simple, d'engorgement avec ramollissement ou induration de l'organe;

2° On en a également obtenu de bons effets, lorsqu'il n'existait qu'une hypertrophie considérable avec catarrhe utérin, mais sans ulcération. Chez des malades dont le col était si volumineux qu'il ne pouvait pénétrer dans un spéculum de gros calibre que par sa moitié antérieure, le fer rouge, appliqué sur la partie qui se présentait, amenait un dégorgement si rapide, qu'après deux ou trois cautérisations, la totalité du col était embrassée par l'instrument. Les symptômes généraux qui étaient sous la dépendance de l'affection locale (douleurs dans les cuisses, dans les reins, tiraillements d'estomac, céphalalgie, etc., etc.), diminuaient en même temps avec une grande rapidité.

3° Dans certains cas, il n'existe autour de l'orifice du museau de tanche qu'une ulcération fort légère: mais les tissus du col ont perdu leur consistance; le doigt qui les presse fait suinter le sang comme à travers une éponge, et les malades, épuisés par des

hémorragies successives, arrivent à l'anémie au bout d'un temps quelquefois très-court. J'ai observé, à l'hôpital Saint-Louis, plusieurs exemples de cette espèce. A l'aide de la cautérisation avec le fer rouge, M. Jobert est parvenu à arrêter promptement les hémorragies, et à ramener le col à ses conditions normales.

4° Quand l'ulcération repose sur des tissus indurés, si on veut en détruire la base, la condition indispensable est de pouvoir atteindre les limites du mal. Par quel autre moyen arriverait-on aussi facilement qu'avec le fer rouge à ce résultat?

5° Le fer rouge réussit quelquefois là où tous les autres caustiques avaient échoué. Je dois à la bienveillance de M. Jobert d'avoir pu observer en ville plusieurs malades qui avaient épuisé, depuis des années et dans différents pays, les ressources de l'art. L'une d'elles portait une hypertrophie considérable du col, accompagnée de douleurs névralgiques constantes qui avaient complétement détérioré la santé. Les médecins anglais et allemands n'avaient amené dans son état aucune amélioration. Sous l'influence de plusieurs cautérisations avec le fer rouge, le dégorgement s'opéra rapidement, le col revint à son volume ordinaire, les douleurs disparurent entièrement, et la malade, revenue tout à fait à la santé, devint enceinte depuis son traitement.—Une autre malade était atteinte d'ulcération occupant toute la surface du col, et pénétrant dans sa cavité avec hypertrophie et induration. Depuis plusieurs années, le mal résistait à tous les moyens de traitement; le fer rouge en triompha; il fut porté à deux reprises différentes dans la cavité même du col.

6° Pour certaines ulcérations fongueuses, saignant avec facilité, et que l'on guérissait en pratiquant l'amputation du col de la matrice: pour d'autres qui reposent sur de petits tubercules isolés, dont la nature cancéreuse est évidente, ou bien qui marchent en détruisant rapidement les tissus du col, le fer rouge se recommande encore par ses bons effets. J'ai pu suivre dans les hôpitaux une malade dont l'observation est rapportée à la suite du mémoire sur les nerfs utérins, lu à l'Institut, en 1841, par M. Jobert. Elle avait subi une amputation partielle du col, en 1837, dans le service du professeur Sanson, où j'étais alors externe. En 1839 je la retrouvai chez M. Boyer, dans le service duquel j'étais placé par intérim: une seconde amputation partielle du col fut pratiquée pour détruire le mal qui avait récidivé. En décembre 1840, pendant mon internat chez M. Jobert, de nouveaux accidents ramenèrent la malade à l'hôpital Saint-Louis. Le col, aplati, déformé, semblait au premier abord ne plus exister. Le vagin formait autour de lui un bourrelet assez épais qui le continuait en quelque sorte en arrière. Sur la partie antérieure et postérieure existaient de petits tubercules roses, durs au toucher, traversés par de fréquents élancements, et donnant à la portion restante du col un aspect bosselé, inégal. Il était impossible de pratiquer une troisième amputation. On touchait presque à la limite du vagin sur le col, et cependant il fallait agir contre un mal aussi redoutable. M. Jobert détruisit avec le fer rouge les tumeurs isolées, et la malade s'étant présentée à la visite en 1843, on a pu s'assurer qu'aucun accident ne s'était manifesté depuis sa dernière guérison, et que la partie restante du col n'offrait aucune trace d'altération. De pareils faits, s'ils se multipliaient, auraient bientôt établi la supériorité de cette méthode de traitement; et puisqu'elle offre le double avantage de n'exposer les malades à aucun danger, et de ne pas causer (comme il peut arriver après l'amputation) des hémorragies graves, des inflammations violentes, j'espère qu'elle pourra, dans certaines circonstances, remplacer le bistouri, quelque témérité qu'il y ait à proposer une semblable substitution, après les succès si nombreux et si brillants qui ont été annoncés.

De tout ce qui précède, il est permis de tirer les conclusions suivantes:

La cautérisation du col de la matrice avec le fer rouge ne détermine pas de douleur. Elle ne pourrait en produire que si, en cautérisant la cavité du col avec un mandrin rougi à blanc, on portait l'instrument assez haut pour atteindre la limite du corps de l'organe.

Je ne l'ai jamais vue être suivie d'accidents.

Elle se recommande par l'instantanéité de ses effets, et par la facilité qui est au pouvoir du chirurgien de mesurer son action qu'il rend à volonté légère ou très-énergique.

En même temps qu'elle modifie la surface ulcérée, elle réveille la vitalité de la matrice, et suscite une inflammation locale qui ne donne jamais lieu à la réaction générale.

Elle produit des escarres qui se détachent promptement, et elle amène une cicatrisation plus rapide des ulcérations. Les cicatrices sont aussi plus solides que celles qui se forment après la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Elle remplace, avec beaucoup d'avantages, les autres caustiques, dans un grand nombre de cas où leur action est jugée insuffisante.

Elle a été appliquée avec succès contre des altérations qui réclamaient l'emploi de l'instrument tranchant, et elle n'expose pas aux mêmes accidents que lui.

Obs. Ire.—*Ulcération fongueuse avec ramollissement; état variqueux du col; cautérisation au fer rouge; guérison.*

La nommée Grognet, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 22 mars 1843, pour y être traitée d'une affection du col de la matrice, dont elle souffrait depuis plus de quinze mois. A l'âge de 20 ans, elle devint mère pour la première fois : l'accouchement se termina naturellement, et trois jours après elle quitta son lit pour reprendre ses occupations. Des douleurs dans le bassin, des coliques violentes et la fièvre se déclarèrent alors. Depuis cette époque, elle a toujours vu en blanc, et très-souvent elle perdait un peu de sang lorsqu'elle faisait des efforts pour uriner et pour aller à la garde-robe. Les approches sexuelles déterminaient de la douleur, et donnaient lieu immédiatement à l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Au mois de septembre 1842, les règles coulèrent très-abondamment. Elles furent suivies, au rapport de la malade, d'une inflammation de bas-ventre qui la retint trois semaines au lit. Depuis ce temps, elle a souvent été obligée, à cause des douleurs qu'elle ressentait dans le ventre, d'interrompre ses occupations, pour lesquelles elle était obligée de se tenir debout toute la journée, de monter et de descendre continuellement.

Quand elle entra dans les salles de M. Jobert, sa santé générale était profondément altérée: la face était pâle, le corps amaigri, les digestions étaient pénibles; il s'établissait, vers le soir, un mouvement fébrile qui durait plusieurs heures. Presque toutes les nuits se passaient dans l'insomnie; la malade ressentait des douleurs dans les reins, dans les aines, dans les cuisses, des pesanteurs sur le fondement : la constipation était habituelle et opiniâtre; il existait en même temps un écoulement blanc continuel, qui parfois était remplacé par un écoulement de sang pur. La matrice était le siége de cuissons et d'élancements assez vifs. Le toucher vaginal permettait de constater une hypertrophie considérable du museau de tanche, qui était inégal, bosselé, et qui saignait avec facilité au moindre attouchement. L'examen au spéculum (28 mars) laissa voir au fond du vagin une certaine quantité de muco-pus, légèrement coloré en rouge par le mélange du sang. Le col, obliquement dirigé de gauche à droite, était doublé de volume, fongueux, ramolli, variqueux, surtout sur la lèvre antérieure, qui présentait un aspect bleuâtre, dû à la dilatation des vaisseaux. Sur le museau de tanche on voyait une ulcération profonde, occupant toute la lèvre antérieure, le pourtour de l'orifice, et la partie attenante de la lèvre postérieure.

Ce jour-là, M. Jobert cautérisa profondément avec le fer rouge : aucune douleur ne fut ressentie au moment de l'opération. Les jours suivants ne furent marqués par aucun accident; l'écoulement blanc devint seulement plus abondant.

Le 4 avril, l'escarre venait de tomber, et les huit jours qui suivirent n'apportèrent pas dans la surface une modification bien appréciable. (*Repos au lit, injections narcotiques, tisanes amères; pilules de sous-carbonate de fer.*)

Le 11 avril, le col avait considérablement perdu de son volume. L'aspect fongueux semblait s'avancer dans l'orifice même du col; une nouvelle cautérisation au fer rouge fut pratiquée sans la moindre douleur.

On n'observa jusqu'au 25 aucun phénomène qui méritât d'être noté. Ce jour-là, l'application du spéculum permit de constater que l'hypertrophie persistait encore, surtout dans la

lèvre antérieure, qui était le siége de trois saillies mamelonnées, dont la médiane était la plus volumineuse (cautérisation large et profonde au fer rouge).

Huit jours plus tard, il y avait encore beaucoup de muco-pus au fond du vagin, beaucoup de gonflement, beaucoup d'irrégularité dans le col. Les trois mamelons de la lèvre antérieure s'étaient affaissés.

Le 9 mai, le col était revenu sur lui-même; l'ulcération était moins profonde, moins étendue: des trois saillies, l'une avait complétement disparu; celle de droite était très-petite, la supérieure était restée volumineuse. Le fer rouge fut encore une fois appliqué sur elle.

Le 16, le muco-pus qui recouvre l'ulcération est moins abondant; celle-ci est réduite à des dimensions plus petites par les progrès de la cicatrisation. Les tubercules décrits plus haut sont nivelés avec la surface du col. On cautérise légèrement avec le nitrate acide de mercure.

Le 23, les saillies n'existent plus sur le col, et l'ulcération n'a persisté qu'autour de l'orifice (nouvelle cautérisation avec le nitrate acide). Depuis longtemps l'écoulement blanc est diminué de quantité; il est constitué maintenant par un liquide glaireux, visqueux et presque transparent: les écoulements de sang ont cessé complétement.

Le 30, le col est revenu à son volume, à sa consistance, à sa forme naturelle: tout autour de l'orifice on remarque une surface d'un blanc rosé, sur laquelle est étalée uniformément le tissu cicatriciel. On touche encore avec le nitrate acide quelques points isolés où la cicatrice n'est point aussi avancée. Le 6 juin 1843, elle est complète et solide: la santé générale est rétablie, et la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. II[e]. — *Ulcère rongeant du col de la matrice; hémorragies fréquentes; cautérisation avec le fer rouge; guérison.*

Le 17 mars 1843, la nommée Marianne Gentil, âgée de 44 ans, d'une constitution faible et d'une santé notablement altérée, entra dans les salles de M. Jobert. Les règles apparurent à l'âge de 13 ans. Jusqu'à 42 elles furent toujours régulières; mais depuis dix années environ elles étaient plus abondantes, et duraient plus longtemps que par le passé. Cette femme mit au monde trois enfants; ses accouchements furent très-heureux; et sa santé ne s'altéra qu'à l'époque où elle quitta Chartres, son pays natal, pour venir habiter Paris.

Il y a vingt ans, à la suite d'émotions et de contrariétés prolongées, elle commença à perdre en blanc, et les flueurs blanches ont toujours augmenté, surtout depuis qu'elle habite Paris. En décembre 1841, il se déclara une métrorrhagie qui dura quatre mois; elle entra alors dans le service de M. Jobert avec tous les symptômes de l'anémie, avec des pertes abondantes entretenues par une ulcération fongueuse du col de la matrice. Plusieurs cautérisations furent pratiquées avec le fer rouge, et dès la troisième fois, tout écoulement de sang avait disparu: la santé générale s'était en même temps améliorée, et la malade, malgré les remontrances du chirurgien, voulut à toute force quitter l'hôpital avant que la guérison fût complète. Elle reprit ses occupations, qui l'obligeaient à frotter tous les jours des appartements. Ses règles, bien qu'elles revinssent aux époques fixes, étaient douloureuses et fort irrégulières.

Le 1[er] janvier 1843 elle eut une perte abondante, et jusqu'au 17 mars l'écoulement de sang n'a jamais cessé complétement; lorsqu'elle entra de nouveau à l'hôpital, la face était jaune-paille, bouffie: la marche était très-pénible: céphalalgie continuelle, absence de sommeil, pouls vif, petit et dépressible, tiraillements d'estomac, douleurs dans les reins, dans les aines, mais surtout dans la région hypogastrique; élancements fréquents dans la matrice, constipation très-rebelle.

L'examen au spéculum fit voir un col légèrement hypertrophié, recouvert par du muco-pus mêlé de sang. Il existait une ulcération d'une nature et d'un aspect tout particuliers, occupant le pourtour de l'orifice, une partie de la lèvre antérieure et postérieure, qu'elle avait détruite de manière à laisser au milieu du museau de tanche une sorte de cupule. (*Cautérisation avec le nitrate acide de mercure.*)

Le 28, au second examen, on remarque que cette cupule s'est beaucoup étendue en profondeur et en largeur. Sa surface est grisâtre et blafarde, fournit un peu de sang mélangé avec une sanie de mauvaise nature. Dans la crainte que cette ulcération rongeante, qui filait vers l'intérieur du col, ne vînt à l'évider de dehors en dedans, M. Jobert cautérisa profondément

avec le fer rouge, sans aucune douleur. Pendant les trois jours qui suivirent, la malade perdit un peu de sang; puis l'écoulement s'arrêta tout à fait.

Le 4 avril, l'état local était peu changé: le sang ne coulait plus, mais il y avait un écoulement blanc grisâtre fort abondant. (*Nouvelle cautérisation au fer rouge.*) Il s'écoula un peu de sang pendant le premier jour seulement.

Le 11 avril, l'ulcération avait notablement diminué; le muco-pus était moins grisâtre, la surface ulcérée moins sale; des bourgeons charnus commençaient à paraître. On toucha légèrement pour la troisième fois avec le fer rougi à blanc.

Le 18 avril, l'ulcération avait encore un meilleur aspect; sa surface était rosée, et la cicatrice se formait aux dépens de bourgeons charnus qui comblaient l'excavation.

Le 25 avril, la cicatrisation avait fait des progrès rapides, et il ne restait plus que quelques points isolés qui furent touchés avec le nitrate acide.

Le 9 mai, l'ulcération avait complétement disparu: la cupule était entièrement comblée, mais la cicatrice était rosée et n'offrait pas encore beaucoup de solidité.

Le 16, la guérison était parfaite; la cicatrice était blanche et résistante; le col était tout à fait revenu à ses conditions normales. A partir du moment où l'écoulement de sang avait été arrêté, les différentes fonctions, surtout celle de la digestion, s'exécutaient de jour en jour plus régulièrement; la santé générale s'était rétablie, et la malade sortit le 17 mai 1843, délivrée d'une affection grave, après deux mois seulement de traitement.

Obs. IIIe.—*Engorgement considérable du col utérin avec induration; ulcération granulée; cautérisation avec le fer rouge; guérison.*

Joséphine Doucé, coloriste, âgée de 22 ans, d'une bonne santé, entre dans la salle Saint-Augustin le 11 avril 1843. Réglée à seize ans, elle éprouva, pendant les deux années qui suivirent, des douleurs assez vives qui occupaient tout l'abdomen à chaque époque mensuelle, et qui tenaient à l'irrégularité avec laquelle cette fonction s'exécutait. Elle se maria à 18 ans, eut une première couche fort heureuse, puis une fausse couche à deux mois et demi, et enfin, en septembre 1841, un accouchement à terme et sans accidents. Pendant les six mois qui suivirent, les règles vinrent régulièrement; dans leurs intervalles il y avait un écoulement blanc assez abondant: l'éruption cataméniale se dérangea pendant huit mois, et elle s'était régularisée depuis quatre mois, lorsque la malade entra à Saint-Louis. Elle présentait les symptômes suivants: douleurs dans le dos et à l'épigastre, tiraillements dans les reins et les aines, pesanteurs au fondement, chaleur à la vulve, écoulement blanc verdâtre, constipation.

Le toucher fit reconnaître un abaissement de l'utérus, dont le corps était volumineux, et dont le col présentait une hypertrophie considérable avec induration. Il ne pouvait pénétrer dans un spéculum rond du plus gros calibre.—Il était irrégulier et divisé en trois mamelons: une ulcération simple, granulée, sans profondeur, occupait les mamelons et leurs interstices, et plongeait dans l'orifice utérin. Elle s'étendait plus sur la lèvre postérieure que sur l'antérieure. Du muco-pus était sécrété en assez grande abondance. (*Cautérisation large et profonde avec le fer rouge.*) L'apparition des règles retarda jusqu'au 2 mai le second examen. Il y avait encore alors beaucoup de muco-pus: le col avait diminué de volume d'un tiers au moins, les mamelons étaient moins saillants et plus souples; l'ulcération persistait. (*On la touche avec le nitrate acide de mercure.*)

Le 9, il y avait dans l'état du col une grande amélioration. L'engorgement était presque entièrement disparu, et les tissus avaient recouvré leur consistance et leur élasticité naturelles; les tubercules étaient complétement affaissés; l'ulcération, rosée, avait diminué d'étendue. Un bouton de feu fut porté sur un point qui conservait encore de la dureté.

Le 16 mai, le liquide qu'on trouve au fond du vagin est presque transparent; les bourgeons charnus qui existaient lors du dernier examen ont formé une cicatrice presque achevée. La malade sort le lendemain dans d'excellentes conditions, après cinq semaines de séjour à l'hôpital. Trois fois depuis elle est venue se faire visiter. La guérison s'était soutenue, et, le 25 juillet, elle nous a assuré qu'elle était devenue enceinte.

Obs. IVe.—*Dysménorrhée; écoulement leucorrhéïque abondant; hypertrophie légère; ulcération dont la surface est couverte de granulations exubérantes et de tubercules irréguliers, tellement rapprochés qu'ils empêchent de distinguer nettement l'orifice du museau de tanche; cautérisation au fer rouge; guérison.*

Amable Simon, 23 ans, couturière, arrivée à Paris à 20 ans; affectée depuis lors de flueurs

blanches abondantes; elle accoucha à 21 ans et demi fort heureusement d'un enfant à terme. Depuis cette époque, l'écoulement blanc est devenu plus abondant, des douleurs permanentes se sont déclarées dans les aines, dans le ventre, etc., etc. Elle entre à l'hôpital le 28 mai 1843.

Injections narcotiques, tisane dépurative, pilules ferrugineuses. Deux cautérisations avec le fer rouge; trois cautérisations avec le nitrate acide.

Elle sort guérie le 27 juillet 1843.

Obs. Ve. — *Hypertrophie du col avec ramollissement; ulcération fongueuse saignant avec facilité; leucorrhée; cautérisation au fer rouge; guérison.*

Félicité Doyen, cartonnière, âgée de 25 ans.—Elle eut, à 17 ans, une couche, à la suite de laquelle elle fut retenue au lit pendant six semaines par une métro-péritonite. La menstruation se dérangea, et un écoulement blanc s'établit. A 23 ans, d'autres symptômes vinrent s'ajouter à ceux qui existaient déjà; ils étaient liés à l'existence d'une ulcération, contre laquelle on dirigea une foule de traitements sans obtenir de guérison. Elle entre dans le service de M. Jobert le 24 mai 1843.

Le col est très-volumineux, dévié à droite, irrégulièrement bosselé. Une ulcération fongueuse occupe les deux lèvres et l'orifice utérin.—Deux cautérisations avec le fer rouge; deux avec le nitrate acide.—Guérison à la fin de juillet 1843.

Obs. VIe.—*Métrorrhagie; hypertrophie du col; ulcération granuleuse; cautérisation avec le fer rouge; guérison.*

Félicité Clément, journalière, âgée de 48 ans, a eu trois enfants qui sont venus à terme et fort heureusement; elle a joui d'une bonne santé jusqu'en janvier 1843. A cette époque, les règles qui avaient toujours été régulières, se sont arrêtées. Le sang reparut quatre mois après, mais coula fort abondamment pendant dix-huit jours. Trois jours plus tard, la perte recommença et s'arrêta au bout de quelques jours. Elle souffrait dans les reins, dans le ventre, et l'écoulement du sang reparaissait par intervalles. Elle entre dans la salle Saint-Augustin le 14 juin 1843. La lèvre antérieure du col est hypertrophiée et couverte par une ulcération granuleuse, qui s'étend jusqu'à l'orifice du museau de tanche; la lèvre postérieure est saine. — Une seule cautérisation avec le fer rouge. — Sortie guérie le 23 juillet 1843.

Obs. VIIe. — *Ulcération granulée avec hypertrophie du col; cautérisation au fer rouge; guérison.*

Houdot (Adèle), 23 ans, couturière, eut deux accouchements à terme et deux fausses couches, l'une à deux mois et demi, l'autre à sept. Elle voit en blanc depuis cette époque, et éprouve des pesanteurs sur le fondement, des tiraillements d'estomac, des coliques, etc.

Ulcération granulée formée par des bourgeons saillants, occupant tout le pourtour de l'orifice; la lèvre antérieure est hypertrophiée, comme infiltrée, et d'une couleur rouge brun. Une grande quantité de muco-pus est sécrétée.—L'altération n'est pas très-grave; mais cette malade est d'un tempérament éminemment lymphatique, et l'ulcération ne marche que très-lentement vers la cicatrisation.—Six cautérisations avec le fer rouge; trois avec le nitrate acide.—Guérison.

Obs. VIIIe.—*Ulcération avec hypertrophie et ramollissement; cautérisation au fer rouge; guérison.*

Gasnot (Louise), trente ans, couturière. Elle a eu trois accouchements à terme et deux fausses-couches. Au troisième accouchement l'enfant vint mort, et on fut obligé d'appliquer le forceps. Lorsqu'elle entre à l'hôpital, elle avoue qu'elle est souffrante depuis un an. On l'a cautérisée plusieurs fois en ville avec la pierre infernale et le nitrate acide de mercure.

Granulations suppurantes développées sur toute la lèvre antérieure jusqu'à l'orifice.—Hypertrophie de la lèvre postérieure seulement, qui s'avance au devant de l'antérieure sans présenter la moindre trace d'inflammation. Le tissu du col est ramolli et cède sous la pression du doigt la plus légère.—Trois cautérisations avec le fer rouge.—Guérison.

OBS. IX[e].—*Ulcération avec hypertrophie chez une femme grosse de cinq mois; cautérisation avec le fer rouge; guérison.*

Chablat (Amicie), âgée de 19 ans, lingère, mère de deux enfants, souffre depuis sa dernière couche, arrivée en 1842. Lorsqu'elle entre à l'hôpital, elle est enceinte de cinq mois. Le col, qui est dirigé tout à fait en arrière, a subi les modifications apportées par l'état de grossesse. Mais la lèvre antérieure est hypertrophiée considérablement, et l'on trouve sur elle, ainsi que sur la postérieure, une ulcération formée par des granulations exubérantes, rapprochées les unes des autres, et présentant assez bien l'aspect des petits lobes d'une mûre; sa coloration est d'un rouge très-foncé. — Quatre cautérisations au fer rouge sans aucune douleur. — Guérison.

Lorsque la malade quitta les salles, elle était grosse de six mois. On entendait très-distinctement le souffle placentaire, et les bruits du cœur du fœtus. Rien n'annonçait qu'il fût en état de souffrance. J'ai recherché depuis la malade pour savoir si elle était accouchée heureusement; je n'ai pu la retrouver.

Nouvelles observations pour servir à l'histoire des luxations *de l'extrémité supérieure du radius chez les enfants*; par **M. Perrin**, *docteur-médecin au Grand-Lucé* (*Sarthe*).

Dans le numéro d'avril dernier du Journal de Chirurgie, M. Malgaigne a publié de très-savantes recherches sur la nature des luxations que peuvent déterminer chez les enfants des tractions inconsidérées sur la main ou le poignet, à l'occasion d'une lettre que j'eus l'honneur de lui écrire, et dans laquelle je relatais un cas de luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius que j'avais observé sur une petite fille de dix-huit mois. Dans ce travail remarquable, le savant chirurgien, après avoir, avec cette sévérité de logique si précieuse dans notre science, interrogé tous les faits, apprécié toutes les théories, est arrivé à mettre complétement hors de doute l'existence des luxations incomplètes de la petite tête du radius soit en avant, soit en arrière; mais grâce surtout aux faits décisifs observés par Martin de Lyon et Dugès de Montpellier. En effet, sans les faits rapportés par ces deux chirurgiens, tous les autres consignés dans la science sont d'une obscurité désolante pour le diagnostic spécial, et laissent le lecteur dans le doute le plus complet.

Si, comme l'observation le prouve, cette incertitude dans le diagnostic tient à ce que les tractions exercées sur la main ou le poignet d'un enfant, sont loin ordinairement de déterminer des déplacements aussi considérables et aussi facilement appréciables que ceux notés par Martin et Dugès, et donnent lieu au contraire le plus souvent à des déplacements insensibles; il est donc utile que de nouveaux faits viennent éclairer, s'il est possible, ce coin encore obscur de la question. C'est dans ce but que j'ai cru devoir donner de la publicité à deux nouvelles observations que j'ai eu l'occasion de recueillir depuis la publication de ma première, et qui ne seront pas peut-être sans quelque intérêt.

OBS. I[re].—*Luxation incomplète de la tête du radius, sans saillie appréciable.*

Une petite fille de quatre ans, de bonne constitution, en jouant avec un garçon plus âgé qu'elle, jeta un cri perçant au moment où celui-ci, tirant fortement sur son poignet gauche, cherchait à l'attirer à lui.

La malade ne pouvant plus, à la suite de cette violente traction, faire usage de son petit bras, je fus appelé quelques heures après l'accident.

L'enfant est au lit : décubitus en supination parfaite, membre supérieur gauche étendu sur le côté du tronc, porté même un peu en arrière, enfoncé et à demi caché qu'il est sous la fesse et la cuisse du même côté. L'avant-bras et la main sont en pronation complète, et reposent à plat sur le matelas du lit. Les doigts sont légèrement et naturellement fléchis. Le tendon du biceps n'offre point cette contraction permanente, signalée dans les cas de flexion plus ou moins prononcée de l'avant-bras.

Avant mon arrivée, la petite fille a pu porter sa main à sa figure, après mille instances de ses parents qui lui croyaient le bras fracturé. On peut en effet, quoique douloureusement, fléchir l'avant-bras sur le bras. On peut également ramener l'avant-bras et la main en demi-supination ; mais la supination complète est impossible et l'on sent manifestement une résistance au niveau du coude.

Le poignet et l'épaule sont intacts. Le coude n'offre ni rougeur, ni gonflement, ni déformation, ni changement de rapport appréciable dans les os qui concourent à former cette articulation.

La réduction n'offrit aucune difficulté : le claquement caractéristique eut lieu, et dans le même instant l'enfant s'écria : *Maman, je suis guérie !*

Obs. II°. — *Luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius reproduite cinq fois, dans l'espace de quatre ans, chez une petite fille.*

Le sujet de cette observation est une petite fille âgée de quatre ans et demi, aussi intelligente que faiblement constituée. A l'âge de six mois cette enfant éprouva pour la première fois la luxation dont je vais donner l'histoire, à la suite d'une traction exercée sur la main par sa mère pour faire passer son petit bras à travers la manche de sa robe. Un officier de santé ayant été appelé, constata qu'il n'y avait ni luxation ni fracture, et prescrivit des cataplasmes de son sur l'épaule, attribuant à une douleur siégeant dans cette région, l'impossibilité où se trouvait l'enfant de mouvoir son bras. Au bout de quelques jours l'enfant recouvra l'usage son membre.

Deux ans plus tard, la luxation se reproduisit, la tête et le corps de la petite fille étant penchés fortement en arrière, tandis que quelqu'un la retenait solidement par les mains, celles-ci étant nécessairement en pronation, comme il arrive dans cette sorte de jeu. La mère reconnaissant là le même accident qu'autrefois, n'appela point de chirurgien, eut recours d'elle-même à l'emploi des cataplasmes de son prescrits la première fois, et le lendemain la petite fille se trouva guérie.

Dix-huit mois après cette deuxième récidive, une troisième survint le 2 juillet 1843, sans qu'on pût bien préciser la cause ou plutôt la manière d'agir de cette cause : toutefois ce fut à la suite d'une extension brusque de l'avant-bras qui était fléchi et placé en travers du ventre, que la luxation eut lieu ; et cette extension fut subitement opérée par un garçon plus âgé qu'elle, avec lequel elle jouait. La mère vit l'accident se produire sous ses yeux, et m'assura qu'il n'y eut pas de traction exercée sur l'avant-bras.

Une heure après l'accident, et au bout de laquelle seulement les cris de l'enfant se calmèrent, je fus appelé pour la première fois. Voici ce qu'un examen attentif me permit de constater.

Membre supérieur gauche pendant le long du tronc et situé en demi-pronation ; — doigts légèrement et naturellement fléchis ; — membre immobile, l'enfant refuse de s'en servir. — Au niveau de l'articulation du coude, rien d'anormal quant à la forme et au volume des parties ; — bien que les chairs soient remarquables par leur mollesse, l'exploration ne peut constater aucun changement appréciable dans les os.

On peut fléchir l'avant-bras, faire toucher de la main l'épaule du côté opposé, ramener la main en demi-supination en faisant souffrir la malade ; mais le mouvement de supination complète est tout à fait impossible.

Enfin, du côté du poignet et de l'épaule, tout est à l'état normal. La réduction fut facile et rapidement obtenue. Pour prévenir la récidive, je me contentai d'appliquer un bandage en 8 de chiffre imbibé d'eau blanche, et de faire mettre le bras en écharpe.

La mère, qui ne comprenait pas bien l'utilité de ce bandage, et qui, d'autre part, était tourmentée par son enfant pour qu'on l'ôtât, voulut bien y consentir. Mais le lendemain la luxation se reproduisit, et cela, chose remarquable, tandis que la petite fille, pleine de gaieté, élevait autant qu'elle pouvait ses petits bras en l'air, en faisant admirer à sa mère combien elle était grande.

Celle-ci essaya elle-même d'imprimer quelques mouvements au bras, et au moment où elle fléchissait fortement l'avant-bras, elle entendit, selon son expression, *coquer un grand coup* dans le coude, ou, autrement dit, elle perçut le claquement caractéristique de la réduction et vit dès ce moment les cris de sa petite fille se calmer, et le membre recouvrer ses mouvements.

Prévenu de cette quatrième récidive, j'appliquai sur l'articulation un bandage amidonné, en 8 de chiffre modérément serré, ayant préalablement fléchi légèrement l'avant-bras ; et au bout de quinze jours l'appareil fut enlevé.

Depuis six mois tout allait bien, lorsqu'à la fin de décembre 1843 une cinquième récidive eut lieu pendant que quelqu'un essayait d'agrafer le poignet de la robe de l'enfant, sans que j'aie pu savoir si la main, au moment de l'accident, était en pronation ou en supination. Quoi qu'il en soit, ce fut une exagération de l'un ou de l'autre mouvement qui cette fois produisit la luxation.

Appelé 24 heures après l'accident, je procédai de suite à la réduction qui n'offrit aucune difficulté.

J'ai rapporté cette seconde observation avec de longs détails, parce qu'elle m'a paru résumer presqu'entièrement à elle seule l'histoire des luxations du radius chez les enfants, sous le triple rapport de l'étiologie, de la symptomatologie et des terminaisons.

Dans les cinq récidives qui ont eu lieu chez cet enfant, les symptômes qui ont caractérisé la luxation se sont chaque fois exactement reproduits, et ont été constamment tels que je les ai notés à la troisième récidive. Chez cette petite fille comme chez la première, j'ai eu recours au procédé de réduction de Duverney, c'est-à-dire à un mouvement forcé de supination combiné avec un mouvement de flexion de l'avant-bras en dehors, en même temps qu'on presse du pouce de l'autre main au niveau et au-devant de la petite tête du radius.

Si maintement je rappelle que l'observation que j'ai publiée dans ce Journal au mois d'avril dernier est en tout semblable à ces deux dernières, on verra, en les considérant sous le rapport symptomatologique, qu'elles diffèrent en quelques points de celles rapportées par les observateurs. Ainsi l'avant-bras, au lieu d'être, comme on l'a dit, à demi-fléchi ou au quart de flexion et appuyé sur le ventre, a été observé par moi complétement étendu, pendant le long du tronc, et même légèrement porté en arrière. En outre j'ai toujours pu, quoique douloureusement pour la malade, fléchir plus ou moins l'avant-bras sur le bras. Enfin, au lieu d'une pronation complète et invariable, je pouvais ramener la main en demi-supination sans sentir de résistance au coude; mais au delà, cette résistance devenait manifeste, et la supination complète absolument impossible.

Pour éloigner de l'esprit du lecteur toute idée de méprise de ma part dans le diagnostic, je crois devoir répéter que, chez les trois sujets que j'ai observés, l'épaule et le poignet étaient intacts; et que l'impossibilité de certains mouvements, la sensation évidente d'une résistance au coude, le claquement caractéristique de la réduction suivi du recouvrement instantané des fonctions du membre, assurent clairement la validité du diagnostic.

Je disais dans les quelques mots dont j'ai fait précéder les observations que je viens de rapporter, que si, parmi les faits connus, quelques-uns ont pleinement montré le genre de déplacement et permis de caractériser sûrement le genre de luxation observé, tous les autres laissaient encore le diagnostic spécial enveloppé dans la plus profonde obscurité. Ceux qui m'appartiennent pourront-ils jeter quelque lumière sur ce diagnostic spécial? J'ose l'espérer pour l'avenir seulement.

Sans doute on pourrait bien, comparant les opinions et les faits consignés dans la science, s'appuyant sur des preuves plus ou moins inattaquables tirées de l'anatomie et de la physiologie, essayer de donner, à défaut de déplacement appréciable dans les os, les signes à l'aide desquels on aurait lieu de soupçonner telle espèce de luxation plutôt que telle autre. Mais, quand il s'agit de luxations, il faut se mettre en garde contre ces essais généralement infructueux et souvent dangereux pour les progrès de la science. Et sans sortir de la question, les nombreux travaux faits pour admettre ou rejeter la possibilité des luxations de l'extrémité supérieure du radius prouveraient amplement la vérité de ma proposition. Quand J.-L. Petit et Desault niaient tout déplacement de cet os, ils s'appuyaient sur les dispositions anatomiques de son articulation. —Boyer, qui avait vu deux fois la luxation en arrière, n'invoquait les dispositions anatomiques que pour nier la possibilité des luxations en avant. —Samson, qui partageait l'avis de Boyer, motivait son opinion, dans son article *luxations* du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*,

par les paroles suivantes : « On n'a jamais observé la luxation du radius en avant, ce qui « tient sans doute aux obstacles apportés aux mouvements de supination par le liga- « ment interosseux et son accessoire, et par les muscles pronateurs, et à la direction « du radius lui-même, qui est telle que, dans la plus grande supination possible, cet os « est seulement parallèle au cubitus, de sorte que la tête vient se placer directement « au-dessous de la petite tête de l'humérus contre laquelle elle presse. »

Cependant, malgré l'autorité de pareils hommes, malgré la justesse apparente de l'appréciation anatomique qu'ils avaient pu faire des luxations du radius au point de leur possibilité, des faits contraires furent publiés çà et là, et vinrent peu à peu ébranler la croyance commune. L'anatomie, qui tout à l'heure était invoquée pour nier ces luxations, va maintenant servir à les établir et à appuyer de nombreuses théories dont l'exposition historique a été si bien faite par M. Malgaigne, et dont l'étude attentive prouvera au lecteur quel abus déplorable on peut faire du meilleur guide de notre raison en chirurgie, quand on veut forcément l'astreindre à prêter son appui à des théories préconçues, ou basées sur un trop petit nombre de faits pour être vraies.

Ces considérations expliquent le silence que j'ai cru devoir garder, quant au diagnostic spécial des luxations incomplètes dont j'ai donné à dessein l'histoire détaillée. « On « peut bien, dit M. Malgaigne, à certains symptômes, reconnaître une luxation en géné- « ral ; mais le diagnostic spécial n'est assuré qu'autant qu'on a senti la saillie de l'os « luxé. »

Là donc où le déplacement est trop peu considérable pour qu'on puisse sentir la saillie, la position exacte de l'os luxé, il faut se contenter de noter soigneusement toutes les circonstances du fait qu'on observe ; ne pas porter légèrement un diagnostic qui sera nécessairement incertain ; et attendre que le hasard, plaçant quelqu'un de nous en présence d'un cadavre, vienne déchirer le voile qui ne nous permet que de voir incomplétement les faits nombreux et obscurs auxquels je fais allusion. Quand l'autopsie aura bien montré les différentes positions qu'occupe réellement la petite tête du radius déplacée, seulement alors il sera utile de rassembler toutes nos observations, et d'essayer de les rattacher d'une manière véritablement féconde à une bonne théorie diagnostique des luxations incomplètes de cet os.

Mémoire sur les obstacles au cours de l'urine, *connus sous les noms de rétrécissements spasmodiques et de spasmes des rétrécissements* ; par le docteur **Aug. Mercier**.

C'est particulièrement à J. Hunter que nous devons les idées régnantes sur le sujet que je me propose de traiter. Les alternatives qu'il avait remarquées dans le jet urinaire de certaines personnes, et l'impossibilité d'attribuer des phénomènes aussi variables à une lésion matérielle permanente, l'avaient porté à croire que l'urètre est susceptible de se rétrécir et de se dilater : il en avait même conclu que le tissu de ce canal est musculaire : « L'urètre, dit-il, est sujet aux maladies qui sont propres aux muscles en général, et c'est même la seule preuve que nous ayons de sa muscularité (*Œuvres*, trad. franç., t. II, p. 362). » Ainsi, Hunter avoue lui-même que ce n'est pas à l'anatomie qu'il doit cette idée sur la structure de l'urètre. E. Home, qui a presque toujours outré les opinions de son maître, a dit avoir vu une couche de fibres circulaires en dehors de la muqueuse, dans toute l'étendue de l'urètre des grands animaux ; mais Ch. Bell n'a pu les y rencontrer, et M. Shaw, qui a soumis cette question à des recherches très-attentives, n'en a trouvé ni sur les chevaux, ni sur l'âne, ni sur le taureau. (*Med. chir. trans.*, t. X, p. 342.) M. Amussat ayant mis à découvert l'urètre d'un chien vivant et y ayant introduit une sonde, ne rencontra pas la moindre difficulté en suivant la véritable direction, lors même qu'il excitait le canal à se contracter devant le bec de la sonde, soit par des piqûres, soit par des pincements ou autres stimulants extérieurs. (*Gaz. méd.*, 1836, p. 114.) D'ailleurs, j'ai fait une remarque bien simple et qui pourtant suffi-

sait pour démontrer que le canal n'est pas entouré de fibres circulaires, c'est que, dans l'état de repos, il est aplati en différents sens dans les différents points de sa longueur. C'est surtout en le coupant en travers sur des cadavres congelés qu'il est facile de s'en assurer.

On a encore cité, en preuve de la muscularité de l'urètre, le jet avec lequel la matière gonorrhéique sort quelquefois lorsqu'on sépare les lèvres du méat urinaire collées l'une à l'autre par le dessèchement d'une certaine quantité de cette matière; mais ce phénomène est un pur effet de l'élasticité. Il en est de même de la force avec laquelle une injection est expulsée du canal, et la même chose aurait lieu sur le cadavre. Il suffit d'ailleurs que le sang afflue dans le tissu spongieux de l'urètre en un peu plus grande abondance que de coutume, pour diminuer le calibre du canal. C'est ce qu'on peut également produire après la mort en injectant, comme l'a fait M. Shaw, de l'eau dans son tissu de manière à donner au pénis ce léger gonflement qu'il a souvent dans la gonorrhée.

Si, dans cet état, on introduit une bougie à plusieurs centimètres dans l'urètre, elle en est graduellement expulsée, surtout si elle est conique; ce qui prouve que cette expulsion qu'on avait également invoquée comme preuve de la contractilité du canal, n'a pas la valeur qu'on lui avait attribuée. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Shaw, ce phénomène est complexe; car, lorsqu'on a introduit une bougie, on allonge presque toujours la verge, et celle-ci abandonne en partie la bougie sitôt qu'elle est libre d'obéir à son élasticité.

On a encore signalé à l'appui de la même cause un phénomène tout à fait contraire: une bougie, dit-on, qui avait pénétré avec assez d'aisance, n'a pu être retirée qu'en employant une certaine force. Cette difficulté s'explique facilement lorsque la bougie a franchi un rétrécissement dur et calleux; car pour peu que son tissu soit hygrométrique, il se gonfle devant et derrière la coarctation. Mais j'ai quelquefois remarqué un phénomène qui, observé par d'autres et mal interprété, a pu induire en erreur. Souvent le méat urinaire est très-étroit, et il faut pousser avec une certaine force lorsqu'on veut introduire une sonde un peu volumineuse. Or, voici ce qui peut avoir lieu lorsqu'on la retire. Si l'on se contente de tirer sur cet instrument sans fixer la verge, celle-ci s'allonge. L'urètre perdant alors en largeur ce qu'il prend en longueur, comprime toute la partie de la sonde qu'il renferme, et avec d'autant plus de force qu'on tire davantage: par là se trouvent multipliés les points de frottement; par là se trouve conséquemment accrue la résistance.

D'ailleurs, ce sont parfois des causes tout à fait accidentelles qui peuvent en imposer ainsi pour un spasme de l'urètre. M. Amussat rapporte qu'ayant un jour introduit une bougie très-fine à travers un rétrécissement, il lui arriva de ne pouvoir ni la pousser, ni la retirer. Il imagina alors de faire une injection forcée dans le canal, et cette manœuvre lui réussit, car la bougie fut dégagée et le malade urina avec force; mais quelle ne fut pas la surprise du chirurgien lorsqu'il vit ses doigts couverts de sable rouge! Il comprit alors que ces corps étrangers s'étaient accumulés derrière l'obstacle, et que c'était eux qui avaient serré sa bougie d'une manière si étrange. (*Gaz. méd.*, 1836, p. 98.) J'ai vu, après la litothritie, des fragments de calculs produire des phénomènes analogues.

Si nous examinons successivement les différentes portions de l'urètre, nous trouverons encore dans chacune d'elles des particularités qui ont pu en imposer, et, pour faire mieux comprendre que la question que je traite a bien plus qu'une valeur théorique, je vais supposer qu'on veuille introduire une sonde dans la vessie.

A l'entrée même du canal, j'ai vu des chirurgiens peu expérimentés, des élèves en médecine, par exemple, tâtonner pendant quelque temps, puis pénétrer tout à coup, sans comprendre ce qui avait pu d'abord les arrêter. Ils ne faisaient pas attention que le canal, pour se rendre du sommet du gland à la face inférieure de la verge, décrit une courbe plus ou moins prononcée suivant les individus, et qu'en introduisant leur sonde

suivant l'axe de la verge, ils buttaient contre la paroi supérieure du canal. Le spasme n'était ici pour rien.

Lorsque l'instrument pénètre plus avant, il se pourrait que son contact amenât dans le tissu spongieux une légère corrugation analogue à celle dont la peau devient le siége sous l'impression du froid; mais cette crispation n'est que momentanée et ne tarde pas à se dissiper. Un phénomène plus fréquent, c'est cette turgescence du tissu spongieux par l'abord du sang qu'on remarque chez certaines personnes qui ont l'organe copulateur très-sensible ou enflammé, et chez d'autres qui sont tourmentées, pendant les manœuvres du cathétérisme, par un besoin pressant d'uriner et par des efforts incessants d'expulsion. On conçoit que, lorsque les parois de l'urètre se trouvent ainsi gonflées, il en résulte nécessairement une diminution de son calibre.

Une troisième cause qui me paraît en avoir imposé pour un spasme de la portion spongieuse, c'est l'ignorance où sont beaucoup de chirurgiens de sa véritable direction. On ne sait pas assez que, depuis la symphyse pubienne à laquelle la verge est fixée par le ligament suspenseur, jusqu'au bulbe, l'urètre ne se dirige pas directement en arrière, mais qu'il descend en même temps un peu, et, chez certains sujets, d'une manière assez prononcée. De là vient que, lorsque le bec de la sonde est arrivé au niveau de la symphyse et qu'on est arrêté, on croit être arrivé dans le bulbe, et qu'au lieu d'incliner le pavillon de l'instrument vers le ventre du malade, pour rapprocher son bec de la peau du périnée et le mettre dans la véritable direction du canal, on relève au contraire le premier, persuadé que l'autre va s'engager dans la portion membraneuse. Qu'arrive-t-il alors? C'est qu'on arcboute presque perpendiculairement sur la paroi supérieure du canal et que si l'on persiste dans cette direction vicieuse, on fait fausse route, ce dont je pourrais citer ici plusieurs exemples.

Tous les chirurgiens ne font pas des efforts aussi inconsidérés; mais beaucoup, après avoir tâtonné pendant quelque temps en ce point, enfilent par hasard la bonne voie, et, tout étonnés d'avancer si facilement là où ils venaient d'éprouver tant d'obstacle, ils restent convaincus qu'ils viennent d'avoir momentanément affaire à un rétrécissement spasmodique.

Ces difficultés n'en seront jamais pour quiconque en connaîtra la cause, et on les évitera en ne se servant que d'instruments à la température du corps, en les poussant avec lenteur, et en leur imprimant une direction convenable.

Au moment où l'on cherche à l'engager dans la portion membraneuse, le bec de la sonde peut rencontrer des obstacles qu'on a également regardés comme résultant d'un spasme musculaire. L'urètre ne forme pas, comme on l'a dit, un cul-de-sac dans le bulbe, mais son tissu spongieux, jouissant là d'une grande souplesse, se laisse facilement déprimer par l'instrument. Celui-ci dépasse donc la portion du canal qui traverse l'aponévrose moyenne, et qui, par conséquent, ne peut se déplacer. En conséquence, si l'on ne retirait pas la sonde de 3 ou 4 millimètres avant de chercher à l'engager dans la portion ascendante du canal, elle se trouverait arrêtée par une sorte de bride; on pourrait même, si l'on insistait, faire fausse route dans la paroi postérieure du bulbe et se fourvoyer entre la portion membraneuse et le rectum, accident qui, malheureusement, n'est pas rare.

En prenant la précaution bien simple que je viens d'indiquer, je n'ai jamais éprouvé de difficulté; ce qui n'aurait sans doute pas lieu si l'obstacle tenait, comme le pense M. Leroy d'Etiolles, à ce que le bulbe se trouve tiré à droite et à gauche par les muscles transverses, en arrière et en bas par le sphincter externe de l'anus, et en avant et en haut par les bulbo-caverneux. (*Journal des conn. méd.*, mai 1842, p. 230.) Les muscles opposés se faisant équilibre, il ne pourrait résulter de tout cela qu'un aplatissement du bulbe de bas en haut. Or, un simple aplatissement ne peut pas constituer un obstacle très-sérieux; et puis, si cet obstacle dépendait de la contraction des muscles, il occuperait toute la région recouverte par des fibres musculaires, « tandis que, dit M. Leroy lui-même, il est presque linéaire et situé juste en arrière du bulbe. »

La portion membraneuse de l'urètre serait, suivant M. Amussat, la seule capable de se contracter spasmodiquement et d'opposer ainsi un obstacle à l'introduction de l'instrument. Cette contractilité dépendrait, suivant lui, de fibres musculaires abondantes qui entreraient dans la structure de cette partie du canal qu'il nomme par cette raison *portion musculeuse* (*loc. cit.*, p. 113). Mais mes propres recherches ne me permettent pas d'admettre cette opinion, et j'ai dit ailleurs que les parois de cette région m'avaient paru formées d'un tissu analogue à celui de la portion spongieuse, quoique l'apparence vasculaire en fût bien moins prononcée. Ce n'est qu'après un examen bien attentif que j'ai émis ce paradoxe, car j'ignorais alors que M. Shaw eût déjà avancé une proposition analogue. D'après cet anatomiste, la portion membraneuse présenterait, chez le cheval, un réseau vasculaire aussi distinct que celui du vagin, tandis que, chez l'homme, ce réseau ne deviendrait visible que par l'injection (*loc. cit.*, p. 353). Quant à moi, c'est par l'inspection simple et sans aucun secours artificiel, que je suis arrivé à cette découverte. En coupant les parois de cette région en différents sens, on voit qu'elles sont criblées d'une foule de petits points dus évidemment à du sang veineux, et donnant au tissu une teinte générale noirâtre, bien différente de celle du tissu musculaire. Mais tous les sujets ne sont pas également propres à cette démonstration : les plus convenables sont les cadavres de vieillards, dans lesquels existe un grand développement du système veineux du bassin.

Il est évident, d'après ce qui précède, qu'il n'y a pas de raison pour que la portion membraneuse de l'urètre puisse se resserrer circulairement d'une manière notable. Il s'y opère parfois un mouvement spasmodique capable de ralentir la progression des sondes; mais ce mouvement agit plutôt en changeant la direction du canal qu'en le rétrécissant, et voici comment :

Des fibres des muscles pelviens (releveurs de l'anus) qui s'insèrent à la partie postérieure et inférieure de la symphyse pubienne, se portent en arrière, glissant sur la face latérale de la partie sus-aponévrotique de la portion membraneuse de l'urètre, derrière laquelle elles forment, avec celles de l'autre côté, un entrecroisement fibreux, pour se continuer ensuite avec les fibres longitudinales de la paroi antérieure du rectum. La portion membraneuse se trouvant ainsi comprise dans une anse musculaire qui a ses insertions derrière la symphyse, on conçoit que si les fibres de cette anse viennent à se contracter spasmodiquement, leurs extrémités postérieures, qui sont mobiles, se rapprochent des antérieures qui sont fixes, et qu'elles entraînent dans ce sens la portion d'urètre qu'elles embrassent. Ce mécanisme, qui a été indiqué par Wilson (*Med. chir. trans.*, t. I, p. 177), explique suffisamment pourquoi les bougies passent tantôt si bien, tantôt si mal chez les mêmes sujets. Il y a plutôt exagération de la courbure du canal que diminution de son calibre : de là vient qu'avec une sonde fortement courbée, et surtout avec mes sondes coudées, on franchit cet obstacle avec assez de facilité. M. Amussat convient que le spasme de cette portion du canal n'est pas assez puissant pour s'opposer à l'introduction d'un instrument porté dans la véritable direction; il ajoute même que, bien que l'urètre de la femme ait la même structure, jamais cependant, ou rarement du moins, on n'accuse le spasme de s'opposer chez elle à l'introduction de la sonde.

Eh bien, si une sonde de 5 ou 6 millimètres passe, pourquoi l'urine ne passerait-elle pas? Je possède dans ma collection un rétrécissement organique ou j'ai pu à peine introduire une soie de sanglier, et cependant, pendant plus de 25 ans, l'urine n'eut jamais d'autre issue.

Qu'on ne s'y trompe pas : lorsque ce liquide peut s'engager derrière un rétrécissement, il agit sur lui avec une force très-grande, car il agit à la manière d'un coin; et quand on voit un malade affecté de rétrécissement pris à chaque instant d'une rétention d'urine complète, quand surtout ce malade introduit aisément une bougie, si petite qu'elle soit, qu'on y fasse bien attention, il doit y avoir autre chose que le rétrécissement : il faut si peu pour laisser passer un liquide comme l'urine, et il lui est si facile de suivre toutes les flexuosités imaginables!

M. Amussat pense, il est vrai, que cette rétention est déterminée par un bouchon de mucosités qui obstrue l'endroit rétréci. Mais le sperme, par sa consistance, pourrait jouer à peu près le même rôle; pourquoi est-il si rare de le voir complétement arrêté, même chez des malades dont le rétrécissement s'accompagne d'une ischurie presque continuelle? Que des mucosités agissent quelquefois comme le veut M. Amussat, je ne le nie pas; que des graviers puissent faire de même, je le nie encore moins; mais ce qu'il y a de certain, c'est que cela n'a lieu que dans un très-petit nombre de cas.

Certaines personnes ont la plus grande peine à émettre quelques gouttes d'urine, tandis que d'autres, dont le canal paraît à peu près dans les mêmes conditions, s'acquittent de cette fonction avec la plus grande facilité, avec tant de facilité qu'elles sont on ne peut plus étonnées quand, après les avoir explorées, on leur dit qu'elles ont un rétrécissement et même un rétrécissement très-étroit. Ce phénomène, que j'ai observé plusieurs fois, avec ou sans écoulement, est très-bizarre; mais, chose plus bizarre encore, c'est que J. Hunter, qui l'a vu également, et qui a cru remarquer qu'il coïncidait toujours avec un écoulement, en a tiré cette conséquence singulière, qu'un rétrécissement urétral est sujet au spasme, et que, « lorsqu'il survient une gonorrhée ou tout autre écoulement de pus, ou qu'un suintement habituel ancien augmente d'intensité, le canal devient libre et laisse passer l'urine comme à l'état normal (*Œuv.* trad., t. II, p. 327). » Que diront, après cela, les chirurgiens qui, comme M. Blandin, pensent que la rétention complète est due habituellement à ce qu'une inflammation est venue fermer totalement la coarctation en gonflant la muqueuse qui la tapisse (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janv. 1844)?

Suivant moi, les tissus qui forment un rétrécissement ne sont nullement susceptibles de spasme et très-peu de gonflement; car, je l'ai démontré en 1839 (*Gaz. méd.*, p. 262), les rétrécissements qui succèdent à l'inflammation de l'urètre (et presque tous sont dans ce cas), ceux également qui succèdent à une plaie du canal, résultent d'une conversion des tissus normaux en tissu fibreux; telle est aussi la conclusion à laquelle M. Cruveilhier est arrivé (*Annales de la chir.*, fév. 1842). Or, tout tissu fibreux est incapable de se contracter spasmodiquement, et, n'étant que très-peu vasculaire, il est presque incapable de se gonfler. C'est donc très-rarement au niveau de la coarctation que se produit la rétention complète, et je crois même que c'est fort heureux, lorsque je considère ce qu'on éprouve lorsque, pendant une forte envie d'uriner, on cherche à interrompre le cours de l'urine en se comprimant l'urètre. Je crois que les parois de ce canal ne résisteraient pas longtemps à une telle distension, et qu'il survient, au-delà du lieu rétréci, un obstacle en quelque sorte modérateur, à la production duquel l'instinct de conservation n'est pas tout à fait étranger, obstacle qui a quelque rapport avec celui qui retarde le cours de l'urine quand la portion même la plus antérieure du canal est le siége d'une sensibilité trop vive.

Toutefois, ce n'est pas dans la région prostatique que se produit cet obstacle; car, dans l'état naturel, il est évident que cette portion n'est pas susceptible de se contracter, formée qu'elle est par un corps glanduleux et compacte; et, dans l'état morbide, je ne vois rien, sauf les rétrécissements de cette région, les abcès et les engorgements de la prostate, qui puisse mettre obstacle au cours des urines. Or, les rétrécissements de la portion prostatique sont si rares que beaucoup de chirurgiens, et des plus versés dans l'anatomie pathologique, n'en ont jamais vu; les abcès de la prostate sont moins rares, mais ils s'annoncent ordinairement par des signes particuliers; et combien il s'en faut qu'il en existe dans tous les cas de rétention d'urine! Quant aux engorgements de la prostate, j'ai déjà dit et je soutiens encore qu'ils sont très-rares dans les rétrécissements de l'urètre. On ne m'a pas encore opposé de preuves directes, et les raisons sur lesquelles on s'est fondé proviennent de ce qu'on a confondu les engorgements de la prostate avec une autre maladie.

Ainsi, jusqu'à présent, rien qui puisse produire la rétention d'urine, ou même qui vienne en aide aux rétrécissements urétraux pour la déterminer.

Cependant il résulte de mes propres recherches que certaines portions des muscles pelviens (releveurs de l'anus) peuvent presser les deux lobes latéraux de la prostate l'un contre l'autre, et qu'elles concourent même ainsi à retenir l'urine dans les violents besoins d'uriner. Mais ce n'est que brusquement, que momentanément qu'elles agissent, et ce n'est qu'en vertu d'une irritation spéciale que leur contraction peut devenir durable. Mais alors, en comprimant contre la face externe de la prostate les plexus veineux qui reçoivent le sang des corps caverneux, elles produisent nécessairement l'érection : c'est là sans doute ce qui a lieu dans le priapisme; mais ce phénomène ne se rencontre pas dans les cas que nous examinons. Ajoutons qu'il n'y aurait alors qu'un aplatissement du canal, que le bec d'une sonde vaincrait aisément.

Ainsi, après avoir analysé minutieusement les diverses circonstances qui ont pu faire croire au spasme de l'urètre, nous arrivons jusqu'à l'orifice interne de ce canal sans avoir rien trouvé qui puisse rendre compte des rétentions d'urine qu'on attribuait à ce spasme.

Comment se ferme le col de la vessie? Y existe-t-il un sphincter? Est-il même fermé par un organe jouissant de la contractilité musculaire? On sait que toutes ces questions sont encore en litige. Pour moi, cette occlusion se fait par un véritable muscle ; mais je ne sache pas qu'on en ait donné une description exacte avant l'époque où je publiai le premier volume de mes *Recherches*. Voici sa disposition :

Lorsqu'on a enlevé la membrane muqueuse, ainsi qu'un plan très-mince de fibres musculaires longitudinales qu'il est inutile de décrire ici et que je regarde comme dilatatrices, on rencontre, au niveau du trigone, une couche épaisse et très-régulière de fibres transversales situées dans l'espace qui sépare le col de la vessie de l'embouchure des uretères. Ce sont les fibres postérieures de ce plan qui, par leur relief, forment le bord postérieur du trigone. Mais elles ne sont pas bornées partout à cet espace triangulaire, et, arrivées au niveau à peu près de ses bords latéraux, elles divergent en trois sens bien distincts : 1° les postérieures se portent en partie sur les uretères, et continuent en partie leur trajet pour se réfléchir bientôt et s'étaler sur la paroi postérieure de la vessie; 2° les moyennes continuent de marcher transversalement pour gagner les parois latérales sur lesquelles elles s'épanouissent ; 3° les antérieures contournent en arrière le col vésical, dont elles font même, dans l'état naturel, légèrement saillir en avant le bord postérieur ; puis elles se portent sur les côtés de cet orifice pour se jeter dans la paroi antérieure de la vessie. En passant au-dessus des lobes latéraux de la prostate, elles reçoivent des fibres accessoires qui naissent de ces lobes et suivent la même direction; seulement les plus antérieures s'entre-croisent au-devant du col avant de se jeter dans les parois de la vessie ; quelques-unes même suivent une direction presque transversale et se portent sur la paroi latérale opposée au côté où elles ont pris naissance. C'est ce troisième ordre de fibres qui remplit le rôle de *sphincter* du col de la vessie.

Ce qui a dû surtout frapper dans cette description, c'est que les fibres qui entourent le bord postérieur de l'orifice urétral viennent, après avoir contourné ses bords latéraux, se rendre dans la paroi antérieure de la vessie. Il résulte de là qu'elles ne tendent pas, par leurs contractions, à rapprocher également les uns des autres tous les points de la circonférence de cet orifice, mais seulement à tirer en avant son bord postérieur qui, de la sorte, forme une cloison tendue transversalement au-dessus du canal ; c'est à peine si les fibres accessoires contractent quelque peu les autres bords.

Qu'on suppose donc une ouverture formée de deux segments se correspondant par leur extrémité ; qu'on suppose que, l'un de ces segments restant immobile ou presque immobile, l'autre vienne à glisser sur lui et à le croiser, on verra l'ouverture qu'ils circonscrivaient diminuer d'abord, puis disparaître. Voilà une image grossière, il est vrai, mais assez exacte de la manière dont se ferme le col de la vessie.

Qu'on suppose actuellement une irritation, une inflammation de la région prostatique et de l'orifice vésical de l'urètre ; alors le faisceau constricteur deviendra, comme tout muscle enflammé ou ayant un foyer d'inflammation dans son voisinage, le siége de

spasme ou même de contracture, et de là une dysurie plus ou moins marquée, variable comme la cause qui lui a donné naissance. Si celle-ci cède ou diminue, la rétention d'urine fera de même; elle persistera, au contraire, si l'inflammation se prolonge.

Or, les rétrécissements sont, pour la partie profonde de l'urètre, une cause permanente d'irritation et d'inflammation; mais ils ont encore un autre genre d'action sur le col de la vessie.

J'ai donné à entendre précédemment que, dans les cas de rétrécissement très-étroit, des accidents ne tarderaient pas à survenir, si la prévoyante nature ne veillait à ce que les urines ne sortent que peu à peu et en proportion de la facilité avec laquelle elles franchissent l'obstacle: c'est le faisceau constricteur du col de la vessie qu'elle met alors en action. Celui-ci se trouve donc en état perpétuel de contraction, souvent même il dépasse le but, surtout s'il existe une inflammation tant soit peu vive de la muqueuse qui le recouvre, et il détermine une rétention complète qu'on attribue à tort au rétrécissement.

Maintenant, que celui-ci vienne à être dilaté, le spasme du col de la vessie cessera; si cependant il avait duré trop longtemps, et surtout si le sphincter était devenu lui-même le siége d'un travail inflammatoire, son tissu se transformerait en tissu fibreux, la contracture se changerait en une véritable rétraction, la valvule au moyen de laquelle il ferme l'orifice vésical de l'urètre dans l'état naturel deviendrait permanente, et au lieu d'un obstacle au cours de l'urine, on en aurait deux à traiter.

C'est ainsi que les valvules *musculaires* du col de la vessie, sur lesquelles j'appelle l'attention depuis plusieurs années, compliquent souvent les rétrécissements, déterminent des phénomènes que ceux-ci ne pouvaient seuls expliquer et qu'on attribuait, par cela même, au spasme du point rétréci.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DU SEIN.

Voilà deux mois que cette discussion tient occupée l'Académie royale de médecine; et elle ne paraît pas près de se terminer encore. Nous avions d'abord voulu en attendre la fin avant d'en rendre compte; mais d'une part cela aurait pu nous mener fort loin; d'un autre côté, les arguments essentiels sont épuisés, et tout le talent des orateurs nouveaux ne saurait les empêcher de tomber dans d'inévitables redites; et enfin nos lecteurs aimeront mieux sans doute avoir dès à présent sous les yeux le résumé de ces importants débats. Un mot d'abord sur la question que M. Cruveilhier se proposait d'éclaircir.

Il est admis généralement que les tumeurs du sein peuvent se ranger en deux grandes catégories; tumeurs bénignes, et tumeurs malignes. Mais dès qu'il s'agit de spécifier les caractères de ces diverses tumeurs, on se trouve engagé dans un embarras inextricable; et l'anatomie pathologique est tout aussi peu avancée que la clinique. Par exemple, A. Cooper ne reconnaît que deux tumeurs malignes, le squirrhe et la tumeur fongoïde, laquelle répond à peu près à notre encéphaloïde. En France on y ajoute généralement les tumeurs mélanique et colloïde, mais on ne va pas plus loin. Or, il faut bien le dire, ces quatre divisions sont loin de comprendre tous les aspects, toutes les variétés de tumeurs malignes; bien plus, il est souvent si difficile de reconnaître le squirrhe ou la tumeur colloïde, même sous le scalpel, que la plupart des chirurgiens n'osent exprimer leur opinion que sous forme de doute; et que si l'on porte une de ces tumeurs équivoques devant une assemblée savante, il y a presque autant d'avis différents que d'examinateurs. Mais s'il en est ainsi des cancers, qui ont été beaucoup plus étudiés que les tumeurs bénignes, que dirons-nous de celles-ci? A. Cooper distingue par exemple la *tumeur mammaire chronique* ou *tumeur lobulée*, la tumeur *cartilagineuse et osseuse*, la tumeur *scrophuleuse*, la tumeur *irritable*, etc.; M. Velpeau décrit les tumeurs *fibrineuses*, — *tuberculeuses*, — *laiteuses*, — *osseuses*; M. Roux admet des *névrômes*, des tumeurs *strumeuses*, différentes des *scrophuleuses*; et enfin les tumeurs *mammaires* d'Abernethy qu'il propose d'appeler *fibreuses*. La confusion des mots est

ici un indice trop sûr de la confusion des choses; et manifestement la science a besoin d'une révision sévère et complète à cet égard.

Quant au diagnostic sur le vivant, qui s'étonnerait de le voir plus difficile encore, et le plus souvent à peu près impossible? Dès lors le pronostic manque de base; le traitement se dicte au hasard, et se résout d'ordinaire dans cette formule unique, l'extirpation. Voilà en raccourci le tableau de l'état actuel de la science.

Au milieu de cette sorte d'anarchie, tout à coup un savant d'une compétence reconnue, d'une probité scientifique au-dessus de toute atteinte, annonce qu'il a trouvé la lumière, qu'il est parvenu à débrouiller le chaos. Nous avons publié dans notre dernier numéro le mémoire de M. Cruveilhier; nos lecteurs ont pu voir quelles magnifiques espérances il faisait naître; et pour résumer ses conclusions les plus essentielles, il disait donc :

1° Les corps fibreux constituent une lésion *extrêmement fréquente, une des lésions les plus fréquentes* de la mamelle;

2° Ils peuvent être distingués *par des signes certains* de l'induration suite d'inflammation chronique d'une part, et des tumeurs cancéreuses d'une autre part;

3° Les corps fibreux étant *incapables de dégénération,* leur extirpation n'est *nullement nécessaire*, et ne saurait être motivée que par l'incommodité qui résulte de leur poids et de leur volume.

Ainsi, nous allions savoir, pour le plus grand nombre des cas, la vraie nature des tumeurs bénignes; nous aurions des signes certains pour les diagnostiquer; la thérapeutique devenait simple et rationnelle.

Mais comment se faisait-il donc que ces tumeurs fibreuses eussent échappé jusqu'à ce jour à l'attention des anatomistes et des chirurgiens? M. Cruveilhier répondait qu'on les confondait avec le squirrhe; et cela n'était pas sans vraisemblance. Mais M. Blandin a répondu par une autre assertion qui pouvait à son tour passer pour aussi vraisemblable; il a dit qu'une foule de tumeurs qualifiées mal à propos de tumeurs fibreuses n'étaient que des squirrhes à l'état de crudité, et, complétant sa pensée, il a ajouté que M. Cruveilhier avait pris pour des tumeurs fibreuses de pures tumeurs enkystées.

La question se trouvant aussi nettement posée, qu'y avait-il à faire pour la résoudre? Une seule chose, et c'est la seule qui n'ait pas été faite. Il fallait que M. Cruveilhier apportât de ces tumeurs fibreuses qu'il avait décrites, qu'il les fît passer sous les yeux de M. Blandin, qu'il démontrât les caractères qui les pouvaient faire confondre avec le squirrhe, et les caractères différentiels; et nous regrettons sincèrement que cette idée ne lui soit pas venue. Peut-être en est-il temps encore, peut-être cette démonstration n'a-t-elle été que différée; toujours est-il qu'elle n'a pas été faite, et qu'entre les deux assertions contradictoires de M. Blandin et de M. Cruveilhier, il n'y a ni raisonnements ni autorités qui puissent décider; il faut des faits directs et positifs; il faut une démonstration directe.

Nous devons l'avouer, nous avons été surpris de la faible résistance opposée par M. Cruveilhier. Dans une première réponse, il s'est tenu pour satisfait de voir reconnue l'existence des tumeurs fibreuses de la mamelle; quant à leur fréquence, il n'a fait que répéter ses premières assertions. Mais, évidemment, M. Blandin n'accordait même pas cette existence des tumeurs fibreuses, telles que M. Cruveilhier les avait décrites, puisqu'il avait hautement parlé de méprise. M. Castel les avait niées; M. Rochoux avait regretté que l'examen n'en eût pas été poursuivi avec le microscope; M. Velpeau avait dit nettement qu'il n'était pas certain que les tumeurs décrites par M. Cruveilhier fussent réellement fibreuses. Plus tard, M. Roux n'a reconnu comme telles que les tumeurs mammaires d'Abernethy; et dans sa deuxième réponse, M. Cruveilhier, faisant un pas en arrière, a confessé, en propres termes, que *la grande question relative à ces corps fibreux, c'est la question de leur existence.*

Nous étions ainsi rejetés bien loin, comme on voit, du champ de bataille primitif; mais enfin, cette question même si rétrécie de l'existence des corps fibreux, a-t-elle été suffisamment vidée? M. Cruveilhier a appelé à son secours le témoignage de Bayle, auquel, dans son mémoire, il avait attribué par erreur une opinion différente; il a invoqué la description de la tumeur mammaire chronique, par A. Cooper. Mais comment se fait-il donc que, dans son mémoire, M. Cruveilhier ait affirmé que A. Cooper n'avait pas seulement *mentionné* les corps fibreux de la mamelle, et que, dans la discussion, il avance que A. Cooper les a *décrits parfaitement?* Sans nous arrêter sur ce point, il est trop évident que les tumeurs lobulées d'A. Cooper sont toute autre chose que les corps fibreux de M. Cruveilhier; et, si nous ne nous trompons, on pourrait en dire autant de Bayle.

Aussi, l'argumentation est revenue à la charge avec plus de force. M. Amussat a déclaré que, pendant quatre ans d'internat à la Salpêtrière, il avait vu beaucoup de tumeurs fibreuses de la matrice et *très-peu* des mamelles. Le musée Dupuytren, si riche en corps fibreux utérins, est très-pauvre en tumeurs fibreuses de la mamelle. Et enfin, M. Amussat se posant la question : *Y a-t-il de vérita-*

bles tumeurs fibreuses du sein analogues à celles de l'utérus? a répondu : *Je le pense, puisque M. Cruveilhier dit en avoir vu un grand nombre.* Que conclure d'une pareille réponse, si ce n'est que M. Amussat ne fonde sa conviction que sur le dire de M. Cruveilhier, et qu'il n'a pas vu de ces tumeurs par lui-même? Au reste, ce qui était resté jusque-là obscur dans les termes n'a pas tardé à devenir fort clair. M. Cruveilhier, dans la discussion, avait cité les vieilles femmes de la Salpêtrière comme portant fréquemment de ces corps fibreux; M. A. Bérard a répondu :

« Relativement à la fréquence des tumeurs fibreuses du sein, je dirai que pendant longtemps aussi j'ai étudié à la Salpêtrière, et que jamais je n'ai vu dans les mamelles rien qui ressemble aux tumeurs fibreuses de l'utérus. »

Sont venus ensuite M. Lisfranc, qui n'a rencontré qu'exceptionnellement dans le sein des tumeurs fibreuses; M. Blandin, qui a déclaré qu'il n'en avait jamais vu, que M. Laugier et plusieurs autres chirurgiens n'en avaient jamais vu; et M. Cruveilhier lui-même, frappé de la tournure inattendue de la discussion, a achevé d'ébranler le peu de foi qui restait encore dans quelques esprits en faveur de sa doctrine.

« Quelques-uns de mes adversaires, a-t-il dit, ne veulent pas admettre l'existence des corps fibreux dans les mamelles; d'autres ne les admettent que par une sorte de condescendance. »

Et, confessant que les faits qui existent *sont insuffisants*, et que la question d'anatomie pathologique est *insoluble aujourd'hui*, il a proposé de nommer une commission chargée de résoudre quatre questions, dont nous ne citerons que les deux suivantes :

« *La mamelle est-elle sujette au développement des corps fibreux?*

« *Dans le cas de réponse affirmative, existe-t-il des caractères positifs à l'aide desquels il soit possible de les distinguer des indurations, des cancers enkystés*, etc.? »

Mais quoi! n'était-ce donc pas là l'objet du mémoire? Et le mémoire n'avait-il pas la prétention de résoudre nettement et absolument ces deux questions? Quoi! M. Cruveilhier déclarait au début de la discussion que les corps fibreux de la mamelle étaient *extrêmement fréquents;* et le voilà réduit à demander si la mamelle y est sujette, et ajoutant même qu'en ce moment cette question si rétrécie ne peut être résolue! M. Roux a donc eu toute raison de conclure que M. Cruveilhier démolissait son mémoire pièce à pièce; et véritablement ses adversaires n'avaient rien dit qui fût aussi fort.

Nous avons beaucoup insisté sur cette première question; c'est qu'en effet elle était le principe et la base des deux autres. Car si l'on n'est pas même certain de l'existence des corps fibreux dans la mamelle, comment songer à rechercher leurs signes sur le vivant? et comment discuter s'il faut enlever ou non des tumeurs qui sont encore à l'état d'hypothèse?

Est-ce bien là cependant le dernier mot de M. Cruveilhier, et ses paroles n'ont-elles pas trahi sa pensée? A-t-il bien pu dire que les faits étaient insuffisants, alors qu'il en possède lui-même un si grand nombre? Ne serait-ce pas qu'en voyant le nombre et l'unanimité de ses adversaires, il s'est méfié de son œuvre, et qu'il a voulu revoir les mêmes faits avec ses collègues avant d'affirmer leur valeur définitive? Nous nous rattachons volontiers à cette espérance; et la vigueur avec laquelle a été combattue la nouvelle doctrine ne prouve jusqu'à présent que son importance et sa nouveauté. Toute idée nouvelle commence par être propre à un seul homme; elle n'est nouvelle qu'à la condition de choquer plus ou moins les idées anciennes; et il faut qu'elle lutte pour se faire accepter. Que M. Cruveilhier vienne donc avec toutes ses preuves; qu'il nous apprenne à reconnaître sur nature ces tumeurs fibreuses qu'il a pendant longtemps méconnues lui-même; qu'il montre des pièces anatomiques; sans quoi son travail, tout important qu'il est, menace d'être frappé de stérilité.

La discussion a continué toutefois; mais elle a dû s'écarter de son objet primitif. Ainsi on a recherché si les corps fibreux sont susceptibles de dégénérer, s'il faut se hâter d'enlever toutes les tumeurs du sein, si l'on peut distinguer sur le vivant les tumeurs bénignes des tumeurs malignes; questions d'une haute importance, et sur lesquelles nous reviendrons peut-être, mais qui n'ont plus la solide base que M. Cruveilhier avait cherché à leur donner.

DU TRAITEMENT DES FAUSSES ARTICULATIONS *à l'aide des aiguilles.*

Dès 1837, considérant la gravité de la plupart des opérations conseillées pour obtenir une réunion osseuse dans les fractures non consolidées, nous avions cherché si, quand la compression ne suffit pas, on ne pourrait pas y suppléer par une méthode nouvelle moins dangereuse que les autres avec autant de chances de succès. Nous avions essayé à la Maison royale de Santé d'introduire des aiguilles à acupuncture entre les fragments non réunis d'une fracture du quart inférieur du fémur; mais, bien que mobiles, les fragments étaient tellement rapprochés que, de trente-six aiguilles enfoncées en différents points, nous n'avions pu réussir à en faire

pénétrer une seule. Depuis lors nous n'avions pas rencontré d'occasion favorable pour faire d'autres tentatives; on nous avait dit cependant que M. Dieffenbach avait eu recours à notre méthode avec un succès complet. Voici un nouveau cas rapporté par un journal italien, et qui ne semble pas moins favorable; il appartient au docteur Wiesel.

Un jeune homme, âgé de 26 ans, d'une forte constitution, s'était cassé les os de l'avant-bras. Après cinq semaines de traitement, la réunion n'étant point achevée, on appliqua un nouvel appareil, et l'on tint le membre dans un repos absolu durant quatre autres semaines. Ce temps écoulé encore en vain, M. Wiesel eut recours à l'emploi des aiguilles de la manière suivante:

Il fit passer entre les deux fragments du cubitus deux aiguilles assez longues pour traverser de part en part la fausse articulation. Il les tint dans cette position pendant six jours, après quoi il les retira, leur présence ayant déterminé de la douleur et un gonflement considérable.

Quinze jours plus tard, il en fit autant sur le radius. Un bandage simple fut ensuite appliqué, et dans l'espace de six semaines, la consolidation était complète.

(*Giornale per servire ai progressi*, etc., et *Gazette des hôpitaux*, 16 décembre.)

LUXATION CONGÉNITALE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, *observée par* W. SMITH DE DUBLIN.

Les observations particulières doivent être surtout recueillies avec soin, lorsqu'elles éclairent un point nouveau et encore inconnu de l'art, dont elles sont le premier et l'unique témoignage; c'est là surtout ce qui donnera du prix à l'observation suivante, que nous reproduisons avec les réflexions de l'auteur.

Au mois d'avril 1840, Edouard Lacy, âgé de 38 ans, imbécile depuis son enfance, fut transporté de la maison de fous d'Island-Bridge dans l'hôpital d'Hardwick, pour une bronchite compliquée de diarrhée. Il parut bientôt rétabli, mais le 2 mai la toux revint, accompagnée d'une hémoptysie considérable: ces accidents persistèrent le 3 et le 4 mai; l'haleine devint fétide, les forces tombèrent rapidement. Le son que toute la poitrine rendait était sourd-mort dans la nuit du 4 mai. On diagnostiqua une gangrène du poumon.—A l'autopsie, on trouva dans le lobe inférieur du poumon droit une caverne gangréneuse, qui renfermait plusieurs onces de sang décomposé. Le poumon gauche était peu altéré; le cerveau ne présentait qu'une transparence moindre dans ses membranes, avec un peu d'épanchement (de lymphe ou de sang?) sous l'arachnoïde. Le visage du cadavre avait un aspect particulier. La moitié gauche et la moitié droite ne semblaient pas appartenir au même homme; la moitié gauche était plus remplie et plus développée dans toutes ses parties. La saillie de l'arcade zygomatique, le développement du masséter et de la région parotidienne, tout présentait un contraste remarquable avec le côté droit, qui était affaissé, et qui offrait à la hauteur de l'arcade zygomatique, ainsi qu'à la place de la glande parotide, une dépression au lieu d'une saillie arrondie. La commissure labiale droite était plus élevée que la gauche; mais l'orbite droit l'était moins que celui du côté opposé, où l'arcade zygomatique et l'œil étaient plus saillants. Au côté droit, on pouvait introduire l'extrémité du doigt entre le bord postérieur du maxillaire et le conduit auditif externe. La peau enlevée, on trouva les muscles du côté droit beaucoup plus petits que ceux du côté opposé; le masséter particulièrement, dans toutes les directions, était plus faible; il en était de même du ptérygoïdien et des temporaux. Les fibres musculaires n'étaient altérées ni dans leur couleur ni dans leur solidité, et rien d'anormal dans les nerfs.—On mit à nu l'articulation droite de la mâchoire, et voici l'état où elle se trouvait. La bouche étant fermée et les dents rapprochées autant que possible, le ligament latéral externe, au lieu de se diriger en bas et en arrière, comme dans l'état normal, se portait en avant, et s'attachait à une tête articulaire imparfaitement développée, qui elle-même ne touchait pas la cavité glénoïde, mais en était distante d'au moins un quart de pouce. Point de cartilage articulaire, point de couche cartilagineuse; les parties articulaires étaient simplement revêtues de périoste épaissi. Mais c'étaient les os du crâne et de la face qui présentaient les principales déformations.

1° Disposition de la mâchoire inférieure.—Côté droit beaucoup plus petit que le gauche. L'atrophie allait jusqu'à la ligne médiane, et se rapportait aussi bien à la hauteur qu'à la longueur et à l'épaisseur de l'os, la partie horizontale ayant dans ces dernières dimensions un demi-pouce de moins que du côté opposé. Le bord inférieur de l'os présentait en arrière une courbure profonde, et l'angle de la mâchoire était extrêmement saillant, et courbé en dehors. Le bord postérieur ou parotidien, mince, concave supérieurement, formait presque un angle droit avec le corps de l'os, et se terminait en haut par une portion recourbée, peu considérable, dirigée à peu près horizontalement en dedans et en haut, à face supérieure dirigée faiblement en dehors, à face inférieure dirigée en dedans. Cette extrémité, qui ressemble en quelque sorte à l'apophyse coracoïde de l'omoplate, était tout ce qui représentait la tête articulaire, et n'était encroûtée d'aucun cartilage. En avant et en dedans s'y

insérait le ptérygoïdien externe ; et en dehors le ligament latéral externe. C'était un véritable arrêt de développement de la tête articulaire. La concavité sygmoïde existait à peine, la saillie coronoïde était petite et étroite.

2° Pour le temporal, les déformations tenaient à un arrêt de développement de l'extrémité zygomatique. La racine supérieure existait, mais la racine transverse ou le tubercule articulaire manquait, et à sa place on voyait une surface unie, dépourvue de cartilage. Au point où d'ordinaire les deux racines se joignent, c'est-à-dire au niveau du tubercule, le temporal s'unissait à l'apophyse zygomatique, et la suture n'était éloignée que d'un demi-pouce de l'orifice du conduit auditif externe, tandis que du côté gauche il y avait un intervalle d'un demi-pouce. Point de racine transverse, point de cavité articulaire ; à la place de celle-ci, une face quadrangulaire presque plane, sur la partie externe de laquelle s'exécutaient les mouvements de la mâchoire, et dans ce point elle présentait un sillon peu profond, dirigé d'avant en arrière, presque parallèle à la partie externe de la suture sphéno-temporale. Ce sillon représentait la section d'un grand cercle dans lequel se mouvait cette apophyse recourbée, avortée, faisant l'office de tête articulaire.

3° L'os jugal du côté droit offrait des différences marquées avec celui du côté gauche par rapport à la grandeur et à la forme : petit, étroit, sa face antérieure était concave, s'étendait en arrière jusqu'au tubercule de l'arcade zygomatique, et constituait ainsi seule cette arcade, qui, étant concave en dehors et convexe du côté de la fosse zygomatique, était tout l'opposé de ce qu'elle devait être.

4° De même, le maxillaire supérieur était beaucoup plus petit du côté droit ; le bord alvéolaire ne descendait point si bas ; la suture entre les deux os n'était pas sur la ligne médiane, mais se dirigeait d'avant en arrière et de droite à gauche, de sorte que la voûte palatine était formée de deux parties inégales.

Les mouvements que la mâchoire inférieure pouvait exécuter étaient beaucoup plus étendus que dans l'état normal ; et particulièrement il existait un mouvement de latéralité tel que la moitié droite de l'os allait en avant et en arrière, et se rapprochait tour à tour du conduit auditif et de la partie postérieure de l'os malaire, tandis qu'à gauche la tête articulaire tournait à peine sur son axe.

Pendant la vie, on avait observé que le malade exécutait constamment ces mouvements, et que la moitié droite du visage se contractait toujours convulsivement. La bouche fermée, les dents incisives et les dents canines du maxillaire supérieur se plaçaient en avant du maxillaire inférieur ; et la défiguration augmentait, l'obliquité de la bouche devenait plus frappante, quand la mâchoire était abaissée.

On reconnaît par cette description que toutes les difformités dépendaient d'un arrêt de développement de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, c'est-à-dire du tubercule articulaire. Ici donc l'articulation est restée toute la vie à l'état où elle se trouvait dans la période intra-utérine ; l'articulation ne présentait ni éminence ni excavation ; l'apophyse zygomatique du temporal ne s'était point formée, et de là l'extension plus considérable de l'os molaire, qui elle seule constituait l'arcade ; ces changements sont si manifestement le résultat d'un défaut de développement qu'ils n'ont besoin d'aucune autre démonstration. Les symptômes extérieurs de cette luxation congénitale différaient de ceux d'une luxation accidentelle. Dans cette dernière, la bouche reste ouverte et ne peut être fermée ; la mâchoire inférieure fait saillie au-devant de la supérieure ; sous l'os malaire, il existe une éminence, constituée par l'apophyse coronoïde ; la prononciation est très-confuse, parce que les labiales ne peuvent être rendues.—Au contraire, dans la luxation congénitale, la bouche s'ouvre et se ferme facilement ; les mouvements sont même plus libres qu'à l'état normal, la mâchoire supérieure fait saillie au-devant de l'inférieure ; point d'éminence formée par l'apophyse coronoïde ; point de difficulté dans la prononciation.—Cette anomalie est l'état normal chez beaucoup d'animaux, particulièrement chez les ruminants.

Obstétrique.

DE L'INFLAMMATION DES SYMPHYSES DU BASSIN *chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées*, par le docteur HILLER, de Schoeneck.

Une paysanne, d'une forte constitution, enceinte pour la première fois, était accouchée facilement d'un garçon fort et bien portant. Le troisième jour, dès le matin, elle descendit, légèrement vêtue, dans un cellier ; un violent frisson, bientôt suivi d'une douleur lancinante et déchirante dans la symphyse du pubis et la symphyse sacro-iliaque gauche, eut lieu dans l'après-midi. La plus légère pression sur les symphyses ou sur les os, le moindre mouvement des cuisses, qui étaient tenues écartées et immobiles, exaspéraient tellement la douleur que la malade poussait des cris aigus. La température des parties malades était notablement augmentée. Il y avait en outre une vive chaleur intérieure,

de la soif, de l'agitation, du malaise, de la constipation avec fréquentes envies d'aller à la garde-robe, de la dysurie avec écoulement de quelques gouttes seulement d'une urine brûlante, trouble, foncée. Le pouls était plein, très-fréquent, dur, la cuisse gauche engourdie, le fond de l'utérus fort au-dessus du pubis; le vagin très-chaud, humide, non douloureux à la pression, soit en avant, soit en arrière; la portion vaginale du col dans l'état naturel, indolente.

Des sangsues furent appliquées sur les symphyses; puis des frictions mercurielles à haute dose et des cataplasmes narcotiques complétèrent le traitement local. A l'intérieur, une émulsion de pavot, additionnée de sulfate de magnésie et d'extrait de jusquiame; toutes les heures un grain de calomel; un lavement huileux.

Les jours suivants, on continua les frictions mercurielles et les cataplasmes narcotiques et quelques doses de calomel. Le huitième jour, la guérison était complète.

A cet exemple de l'inflammation aiguë des symphyses, l'auteur ajoute deux autres cas qui se rapportent, suivant lui, à ce qu'il désigne sous le nom de *forme chronique*, et qu'il vaudrait mieux appelée *forme subaiguë*. Ils concernent deux jeunes dames très-irritables, d'une constitution grêle, enceintes, l'une de cinq mois (2e grossesse), l'autre de quatre mois (3e grossesse).

Chez l'une et chez l'autre, sans cause appréciable, tout à coup, dans la nuit, des douleurs vives, déchirantes, lancinantes, se firent sentir, chez la première, dans la symphyse pubienne; chez la seconde, dans cette symphyse et la symphyse sacro-iliaque en même temps. La pression sur les symphyses ou les os coxaux, et chez l'une d'elles un simple essai de station ou de progression augmentaient considérablement les douleurs. A l'extérieur, rien autre chose qu'un peu d'augmentation de chaleur. Le mouvement fébrile était modéré. Rien d'anormal du côté des garde-robes, ni ailleurs. Toutes deux avaient seulement de plus fortes et de plus fréquentes envies d'uriner que dans les autres grossesses.

Un régime très-ténu, l'immobilité au lit, des lotions avec l'esprit d'angélique composé uni à la solution d'ammoniaque caustique, et avec une mixture oléoso-balsamique, produisirent promptement une diminution notable des douleurs. Au bout de 10 et 14 jours, la guérison fut complète.

Ces deux dames accouchèrent à terme et facilement. Chez l'une et l'autre, les suites de couches furent naturelles.

Quoi qu'en ait dit le professeur Hayn, de Kœnigsberg, qui cite (*Berlin Med. Zeitung*, 1834, *n°* 32) quatre cas d'inflammation des symphyses pelviennes observés dans une seule année, ce n'est point là une affection commune. Au contraire, elle est rare, et cette rareté me paraît donner du prix aux observations du docteur Hiller. Cette maladie est sérieuse; sans un traitement énergique, la suppuration est fort à craindre, et la suppuration peut entraîner la mort. Telle fut l'issue de l'un des cas cités par Hayn. Telle fut aussi la terminaison d'un cas observé par mon collègue et ami, M. Monod, pendant son internat à la Maternité, en 1828. La pièce (symphyse pelvienne dénudée de cartilage), préparée par lui, fait encore partie du musée de l'hôpital.

A un degré modéré, la maladie n'offre guère de danger et ne réclame point de moyens actifs. Si les émissions sanguines ne sont pas toujours nécessaires, quelques applications sédatives et le repos absolu dans la situation horizontale suffisent le plus souvent. C'est ce dont j'ai pu me convaincre dernièrement par l'observation d'un cas fort analogue au second cas de Hiller. Au commencement du huitième mois de sa première grossesse, une dame, qui n'avait jusqu'alors éprouvé d'autre malaise que quelques douleurs de vessie, accompagnées de fréquentes envies d'uriner, mais qui d'ailleurs avait toujours pu se livrer sans gêne ni fatigue à un exercice régulier, fut prise de douleurs aiguës, le plus souvent gravatives, quelquefois lancinantes, dans la région de la symphyse pelvienne, avec impossibilité de marcher, de se tenir debout ou assise, sans aggravation des symptômes qu'elle avait antérieurement éprouvés du côté de la vessie. Une saignée de bras et de grands bains ne produisirent point de soulagement notable. Les applications narcotiques eurent plus d'effet. Secondées du séjour prolongé au lit, elles firent disparaître complétement les accidents, si bien qu'au bout de quinze jours l'exercice à pied et en voiture put être repris comme auparavant, et continué pendant les dix derniers jours de la grossesse. L'accouchement fut naturel, facile et prompt, et les suites de couches très-heureuses.

Pharmacologie chirurgicale.

SUR UN NOUVEAU MOYEN DE RENDRE LES SANGSUES PROPRES A SERVIR PLUSIEURS FOIS, *par* M. OLIVIER, D.-M., *à Pont-de-l'Arche* (*Eure*).

L'énorme consommation que l'on fait des sangsues en a de beaucoup augmenté le prix, et nous a même rendus tributaires de l'étranger pour cet article. La *Société d'encouragement pour l'industrie nationale* ayant ouvert un concours sur les moyens de les

multiplier et de les rendre propres à plusieurs succions successives, un de nos confrères, M. Olivier, s'est occupé particulièrement de la deuxième partie de la question, et a obtenu une médaille d'or de 300 francs. C'est au moyen d'une petite opération qu'il évacue directement le sang contenu dans l'estomac de la sangsue; quelques notions anatomiques sont nécessaires pour bien comprendre le procédé opératoire.

On sait que l'appareil de locomotion de la sangsue est formé par l'enveloppe extérieure du corps ou la peau, modifiée aux deux extrémités de l'animal, et composée de fibres contractiles, les unes longitudinales, les autres transversales et circulaires.

L'appareil digestif commence à la ventouse antérieure et s'étend jusqu'au disque, où il s'ouvre sur le dos dans le dernier pli. En arrière de la bouche se trouve l'œsophage, petite cavité assez peu étendue, à chaque extrémité de laquelle se trouve un rétrécissement appelé sphincter, qui s'oppose au retour du sang de l'estomac dans la bouche. Après l'œsophage vient l'estomac, cavité très-étendue offrant deux rangées de petites loges, une de chaque côté. Chaque cloison a un bord libre flottant dans la cavité de l'organe qui, dirigé en avant, ferme l'entrée de chaque cellule. Toutes ces cellules sont remplies de sang quand l'individu a déjà servi, et s'il s'en est gorgé, la cavité de l'estomac est distendue au point que le sang paraît y être contenu comme dans un sac ou une petite outre. Le sang peut séjourner plusieurs mois dans cette cavité; il s'y épaissit, y devient plus noir et comme poisseux. La plus grande partie est employée à la sécrétion de ces matières muqueuses blanchâtres qui s'attachent si souvent au corps de l'animal, et l'autre passe dans l'intestin et dans le rectum, et est rejetée sous la forme d'un filament noirâtre.

Le système circulatoire se compose de deux artères et d'une veine. Les artères sont placées l'une à droite et l'autre à gauche dans les parties latérales du corps de l'animal, et s'étendent de la lèvre supérieure au centre du disque. La veine se remarque au milieu de la région dorsale et s'étend de la partie centrale du disque à la lèvre supérieure. Les artères reçoivent du sang blanc et la veine du sang rouge.

Enfin, il y a un filament nerveux qui correspond à la ligne médiane du ventre, et sur son trajet de petits ganglions qui sont au nombre de 21.

Sur les côtés se trouvent de petits organes sécrétoires, au nombre de dix paires; et plus bas les organes reproducteurs; de telle sorte que la face inférieure de l'animal présente trop d'organes importants, et que l'opération ne peut être tentée que sur la face dorsale. Dans cette partie même, la veine qui se trouve au centre doit être aussi ménagée.

C'est donc entre cette veine et l'artère, sur les côtés du dos où il n'y a point d'organe essentiel, qu'on peut faire une petite ouverture; et pour que la plaie ne frotte pas contre les corps extérieurs, il faut la faire dans un pli et parallèlement à ce pli. Il sera bon de choisir le tiers moyen du corps, parce qu'en cet endroit il est plus distendu par le sang, et qu'une fois dégorgée, la plaie se rétrécit beaucoup par la rétraction de la peau, qui revient sur elle-même. On enfonce perpendiculairement ou un peu obliquement, d'avant en arrière, la lame d'un petit instrument tranchant, comme scalpel, lancette ou canif, et on fait une ouverture d'environ deux millimètres, suivant la force de la sangsue, qu'on contient bien et dont on facilite le dégorgement par une légère pression. Pour bien la contenir, il faut la saisir avec un linge sec ou mouillé dans l'étendue de son tiers postérieur, ou environ, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et retenir l'extrémité antérieure de l'animal qui cherche à s'échapper, avec le doigt médius, croisé sur l'extrémité du pouce et de l'index; on plonge ensuite dans l'eau la petite plaie; le sang en coule plus facilement, surtout si la température en est douce, de 20 à 30° centigrades. Le sang que contient la sangsue est presque toujours noir et épais; le dégorgement à l'air en serait plus difficile et plus long, et la pression plus pénible. Cette pression peut s'opérer d'avant en arrière ou d'arrière en avant.

On peut, en une minute au plus, dégorger facilement et complétement une sangsue. Il arrive souvent que, par l'effet de la pression, on voit paraître, dans l'ouverture extérieure, une petite bulle membraneuse blanche qui la bouche. Elle est formée par la paroi libre et flottante d'une cellule de l'estomac; on l'incise aussi, et l'écoulement du sang recommence. Une fois dégorgées et bien lavées, les sangsues sont remises dans un bocal avec de l'eau de pluie ou de rivière et un peu d'herbes fraîches pour qu'elles puissent, dans leurs mouvements, se débarrasser facilement des mucosités qu'elles rendent quelquefois abondamment et qui s'enlacent autour de leur corps. La plante qui semble le mieux leur convenir est la renoncule aquatique, quand elle est jeune; elles paraissent s'en nourrir, car au bout de huit ou dix jours on voit une grande quantité de petits fragments de feuilles de cette plante, détachés et précipités au fond du vase sous forme d'un banc verdâtre, mais dans laquelle on distingue aisément la nature de ces fragments.

Il est important que la plaie ne soit pas trop grande, afin qu'elle ne donne pas entrée

à l'eau dans l'estomac de la sangsue, et cet accident a rarement lieu si cette ouverture est bien parallèle au pli, parce que, dans ce cas, la rétraction de la plaie est considérable. Quand il est sorti une cellule de l'estomac par la plaie, on y voit quelquefois encore un petit point blanc le cinquième ou le sixième jour; mais, en général, la plaie est tout à fait fermée du huitième au dixième, et ne laisse qu'un petit enfoncement ou cicatrice, plus visible dans ce cas et très-remarquable quand la sangsue s'est gorgée une nouvelle fois. On peut même, quand une sangsue est ainsi gorgée de nouveau, voir, par le nombre de ses cicatrices, combien de fois elle a été dégorgée.

L'auteur a d'abord pratiqué cette petite opération sur quarante sangsues. Après avoir paru souffrir un peu pendant les premiers jours, elles se rétablirent assez promptement, et quinze à dix-huit jours après elles furent appliquées de nouveau sur deux personnes différentes, et prirent toutes comme la première fois.

Ces expériences ont été répétées plusieurs fois. Les mêmes sangsues ont subi cette opération à diverses reprises. On les appliquait sur un malade; le lendemain, on pratiquait la ponction, puis, quelques jours après, on les appliquait de nouveau, avant même que les plaies fussent cicatrisées. De cette manière, lors de la communication de ce travail à la Société, sur trente-cinq sangsues dégorgées six fois, quatre avaient été perdues, onze étaient mortes, et celles qui avaient survécu avaient fait le service de cent quatre-vingt-trois. Il en restait encore vingt, qu'on se proposait d'employer encore.

Ces expériences ont démontré, d'une manière évidente, la possibilité de faire servir les mêmes sangsues un grand nombre de fois, en suivant le procédé de M. Olivier. Il est évident aussi que cet expérimentateur n'a pas assez ménagé les forces de ses sangsues, et qu'il a répété trop souvent cette opération sans donner à ces animaux le temps de se rétablir. En procédant avec plus de lenteur, on ne pourrait manquer d'obtenir des succès plus grands encore. La commission nommée pour examiner le Mémoire de M. Olivier a donc été frappée de ces résultats. Elle a voulu expérimenter elle-même, d'après les indications de ce médecin, et voici les termes mêmes du rapport :

« Nous avons opéré d'abord de la manière indiquée par l'auteur du Mémoire, en perçant les sangsues sur la partie latérale du dos, vers le milieu du corps. Mais la réflexion nous fit bientôt penser qu'en les perçant vers l'extrémité d'un des cœcums, nous obtiendrions un dégorgement beaucoup plus facile : c'est ce qui est arrivé. Une seule incision nous permettait même de ponctuer simultanément la membrane qui sépare les deux cœcums, au-dessous de l'intestin et du rectum, et par conséquent de vider complétement et d'une manière instantanée les deux poches les plus grandes de toutes celles de l'estomac.

« Nous n'avons pas borné là nos expériences. La manière dont sont placées les ouvertures des sacs de l'estomac, c'est-à-dire vers la partie antérieure, nous avait fait juger qu'il serait difficile de vider ces sacs par une pression exercée d'avant en arrière, et l'expérience nous a bientôt prouvé que nous ne nous étions pas trompés. Cela nous a conduits de suite à essayer s'il ne serait pas possible, sans de graves lésions pour l'animal, de ponctuer à la partie antérieure du corps, près du sphincter de l'estomac, entre ce sphincter et les organes génitaux. Nous l'avons essayé, et l'expérience nous a prouvé que le dégorgement était bien plus facile. En effet, en pressant l'animal d'arrière en avant, on refoule le sang contenu dans les sacs des poches de l'estomac, vers l'ouverture de ces poches, et on les vide bien plus facilement que par la pression inverse. Sur les grosses sangsues bien gorgées, il nous est arrivé d'avoir un véritable jet de sang.

« Mais, malgré notre attention de ne point blesser les organes génitaux, il nous est arrivé de le faire, et en suivant la marche de la mortalité sur les sangsues opérées de cette façon, ce sont celles qui ont été blessées sur ces parties qui sont mortes les premières et en plus grand nombre.

« Ce qu'il importait de savoir, c'était quelle serait la mortalité sur les sangsues opérées à ces diverses places, et si les sangsues seraient réellement aptes à une nouvelle succion.

« Nous avons été surpris du petit nombre de sangsues que ces opérations diverses faisaient périr, et de la guérison assez rapide qui avait lieu sur un grand nombre.

« Ce premier fait était de bon augure pour l'emploi nouveau des sangsues. Ces animaux ainsi vidés ont en effet mordu sur les malades, et ont fait de nouvelles saignées; il est vrai que sur quelques sujets ils ont refusé de prendre, mais ils ont bien pris sur d'autres. Sur un malade toutes celles employées par une sœur de l'Hôtel-Dieu ont pris; il n'y a donc pas de doute que le procédé ne soit bon.

« Pourquoi, dans quelques cas, n'a-t-il pas été suivi du succès qu'il a eu dans d'autres? nous l'ignorons. Nous ferons observer seulement que les sangsues, après avoir été opérées, n'ont pas toujours été aussi bien soignées qu'il serait à désirer qu'elles le fussent, et enfin que ce n'est souvent qu'après quel-

ques jours passés depuis leur succion qu'elles ont été piquées, ce qui a rendu l'opération beaucoup moins efficace, parce que les sangsues avaient eu le temps de tomber malades par suite de la digestion difficile du trop de sang qu'elles avaient pris.

« Quelques-unes des sangsues ont été percées par nous après une seconde succion : elles sont bien guéries actuellement et paraissent très-aptes à un troisième emploi. »

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATION DE TUMEUR COLLOÏDE DE LA MAMELLE, *lue à la Société de chirurgie de Paris, le* 13 *mars* 1844, par M. ROBERT, *agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon.*

L'intéressant travail de M. Cruveilhier sur les corps fibreux de la mamelle, et la discussion qu'il a soulevée à l'Académie, prouvent l'imperfection de nos connaissances à l'égard des tumeurs du sein. Ils établissent la nécessité de joindre aux faits déjà connus de nouveaux faits plus détaillés, afin qu'on puisse arriver un jour à déterminer exactement la nature et les signes de ces différentes tumeurs. C'est pour répondre à ce vœu de la science et de l'art que je m'empresse de communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'une tumeur de la mamelle d'une espèce peu commune, que j'ai enlevée il y a quelques jours.

Mme B., âgée de 34 ans, née de parents qui n'ont jamais eu d'affections cancéreuses, douée elle-même d'une excellente constitution, a été réglée à l'âge de 12 ans; s'est mariée à 19 ans, a eu 4 enfants qu'elle n'a pas nourris, et dont le plus jeune a 8 ans; a fait une fausse couche il y a 6 ans, et n'a jamais eu, depuis lors, de dérangement dans la menstruation, habituellement très-abondante.

Il y a deux ans, elle reçut un coup de coude à la partie supérieure et externe du sein droit Un léger gonflement et une douleur obtuse assez rebelle furent la conséquence de cet accident, auquel elle n'attacha d'abord aucune importance.

Mais, au bout de six mois, elle s'aperçut qu'une petite tumeur, égalant à peine le volume d'une noisette, dure, mobile et indolente, s'était développée en cet endroit. Pendant un an, les progrès en furent presque insensibles et fixèrent peu son attention; mais au bout de ce temps, l'accroissement en parut plus marqué; il s'y joignit des douleurs lancinantes, rares d'abord (trois ou quatre par jour), plus fréquentes quand la malade se fatiguait, et surtout à l'époque des règles. Peu de temps après, à l'occasion d'une impression morale vive, les règles se supprimèrent pendant deux mois, et, à dater de cette époque, la tumeur s'accrut rapidement. Quelques frictions iodées furent employées sans succès.

Je vis la malade, pour la première fois, dans le courant du mois de février 1844. Voici dans quel état elle se trouvait: la partie supérieure et externe du sein droit était soulevée par une tumeur sphéroïde, du volume d'un abricot, présentant plusieurs bosselures qui lui donnaient une apparence lobulée. Cette tumeur était dure dans toute son étendue, si ce n'est au centre, où elle offrait une légère saillie, molle, élastique et presque fluctuante; elle était parfaitement circonscrite et mobile, distincte de la glande mammaire, avec laquelle elle ne paraissait avoir aucune connexion. La peau qui la couvrait, quoique un peu amincie, n'avait point changé de couleur et avait conservé sa mobilité naturelle.

A ces signes, je jugeai que la tumeur était enkystée, non susceptible de résolution; et comme son accroissement était devenu rapide, qu'elle était le siége de douleurs lancinantes, et que d'ailleurs la malade en était vivement préoccupée, j'en conseillai immédiatement l'extirpation. Celle-ci fut différée jusqu'au mois de mars, à cause de l'époque des règles; elle a été pratiquée le 7 mars.

La tumeur étant pressée sur deux côtés de sa base par la main d'un aide et par la mienne, j'ai fait aux téguments une incision de dix centimètres de longueur, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Aussitôt la tumeur est venue faire saillie à travers les lèvres de la plaie, et j'ai vu qu'il serait facile de l'énucléer; cependant je n'ai pas cru devoir laisser le kyste qui lui servait d'enveloppe immédiate; je l'ai donc saisie, avec une pince de Muzeux, elle et son kyste, et, par une rapide dissection, je l'ai extraite sans difficulté. Deux artérioles ont dû être liées; une heure après l'opération, j'ai opéré la réunion immédiate. (Depuis cette époque, il n'est survenu aucun accident, et tout annonce que la cicatrisation s'effectuera par première intention.)

Examinée après l'opération, la tumeur offre, à l'extérieur, une couleur blanche rougeâtre, un aspect comme lobulé; elle est aplatie sur deux faces opposées; sa consistance est moins ferme qu'on n'aurait pu le croire avant de l'avoir enlevée; elle est plus ferme que celle du lipôme, moins prononcée que

celle des corps fibreux. Elle est enveloppée par une membrane fibro-celluleuse assez dense, à laquelle elle est unie par un tissu cellulaire filamenteux facile à déchirer. Son tissu est d'une couleur blanche rougeâtre, tirant un peu sur le gris. Lorsqu'on l'incise, il offre un aspect granuleux, analogue à celui des glandes salivaires. Quand on gratte doucement avec un scalpel la surface divisée, les granulations deviennent plus apparentes : on voit alors que leur volume varie depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet. Elles sont obrondes, d'une couleur blanche grisâtre, comme demi-transparente, et se laissent assez facilement écraser sous le doigt. Chacune d'elles est renfermée dans une petite alvéole, formée par un tissu fibro-celluleux assez dense, et lui est unie par un pédicule plus ou moins volumineux. Quant aux lamelles celluleuses qui divisent en locules toute l'étendue de la tumeur, il en est de plus épaisses et plus prononcées que les autres. Elles donnent à la masse entière un aspect lobulé.

Pour étudier la nature intime des corpuscules arrondis contenus dans la trame celluleuse, et formant la partie essentielle de la tumeur, j'ai dû recourir au microscope : je me suis adressé à M. le docteur Mandl, micrographe habile, à qui la science doit déjà d'importants travaux sur l'anatomie de texture. Voici ce que nous avons constaté ensemble : chacun de ces corps arrondis est formé, à l'extérieur, d'une enveloppe fibreuse, et, à l'intérieur, d'un tissu également fibreux, mais plus ténu, dans les aréoles ou interstices duquel se trouvent déposés des globules. Ces globules sont, les uns arrondis, les autres ovoïdes, un peu irréguliers à leur circonférence, celluleux, transparents, si ce n'est au centre, où plusieurs paraissent offrir un petit noyau.

A leur aspect, M. Mandl n'a pas hésité à se prononcer sur leur nature cancéreuse, quoiqu'ils diffèrent, à certains égards, des globules du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

Du reste, la ressemblance de la tumeur avec les glandes salivaires m'avait déjà rappelé ces productions accidentelles qu'Abernethy a décrites sous le nom de sarcome pancréatique, et qu'il regarde aussi comme des cancers. Voici le tableau qu'il en a tracé : le sarcome pancréatique se forme ordinairement dans le tissu cellulaire, le plus souvent, chez les femmes, au côté externe du mamelon. Lorsqu'il est indolent, les parties environnantes et les glandes de l'aisselle ne sont pas affectées ; mais quelquefois il devient *irritable*, et détermine des douleurs lancinantes, ou même l'inflammation de la peau qui le couvre, et qui devient adhérente à sa surface. Les glandes de l'aisselle participent à cette irritation et se tuméfient. Le sarcome pancréatique n'acquiert pas un volume considérable ; mais quand il commence à faire des progrès, le malade ressent des douleurs lancinantes très-vives ; il éprouve de la fièvre, et perd en même temps l'appétit et le sommeil. Abernethy fait remarquer que, lorsque les glandes axillaires commencent à s'affecter, l'une d'elles devient d'abord très-douloureuse, puis elle cesse de l'être, et reste dans un état d'induration ; une autre s'enflamme à son tour, et éprouve successivement les mêmes altérations que la précédente. Les pathologistes plus modernes ont également décrit des tumeurs ayant cette forme, et les regardent comme une espèce de cancer. Laënnec l'indique sous le nom de colloïde ; M. Otto, sous celui de carcinome alvéolaire, et M. Cruveilhier sous la dénomination de cancer aréolaire et gélatiniforme. Ce savant professeur, à qui j'avais présenté cette tumeur, m'a confirmé dans mon opinion : il a ajouté que cette espèce de cancer est très-rare à la mamelle, et qu'il ne se souvenait même pas de l'y avoir rencontrée.

Cette observation nous offre donc l'exemple d'un cancer mammaire survenu à la suite d'une contusion, chez une femme jeune et douée de toutes les apparences de la santé. Dans les premiers temps de son apparition, il a présenté, il est vrai, des caractères insidieux qui auraient pu le faire confondre avec un corps fibreux ou toute autre tumeur non cancéreuse ; mais, au bout d'un an, son accroissement plus rapide, et l'apparition des douleurs lancinantes y ont fait soupçonner un tissu cancéreux, en voie de ramollissement ; dès lors, la chirurgie a dû intervenir : un plus long retard aurait pu devenir funeste. L'autopsie de la tumeur a confirmé ce diagnostic, en montrant un tissu qui, sans être ni le squirrhe ni l'encéphaloïde, présente néanmoins l'élément cancéreux essentiel, le globule cancéreux déposé dans les aréoles d'un tissu cellulaire très-mou, imparfait, et comme rudimentaire. Maintenant que nous avons établi la nature cancéreuse de cette tumeur, nous est-il aussi facile de dire quel avenir est ultérieurement réservé à notre malade ? Au dire de quelques praticiens, le cancer est incurable, et, dès lors, l'opération ne peut en empêcher une nouvelle manifestation, suivie tôt ou tard de la cachexie et de la mort ; mais cet arrêt me semble beaucoup trop sévère. Je pense que la cause accidentelle sous l'influence de laquelle le cancer s'est ici développé, la jeunesse et la santé de la malade, la forme enkystée de la tumeur, doivent nous faire porter un pronostic moins fâcheux.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait aller plus loin ; mais je suis persuadé que si l'anatomie des tissus morbides

se perfectionne, on parviendra à établir qu'en dehors du squirrhe et de l'encéphaloïde, le cancer offre plusieurs variétés qui diffèrent de ces deux formes principales, sous le rapport de l'étiologie, de la marche, des symptômes, et peut-être aussi de la malignité. Il est à désirer que des recherches persévérantes soient faites dans cette direction; car alors, seulement, on pourra distinguer les tumeurs que l'on peut enlever avec succès, d'avec celles auxquelles il ne faut pas toucher sous peine de faire une opération inutile, ou même de hâter les progrès de la cachexie et la mort des malades.

ROBERT.

HÔPITAL DES ENFANTS.—*Service de M. Guersant fils.*

BEC-DE-LIÈVRE *opéré par le procédé de M. Malgaigne.* — Observation communiquée par M. TILY, *interne.*

Le principal inconvénient du procédé généralement employé dans l'opération du bec-de-lièvre est de laisser presque toujours à la place de la solution de continuité à laquelle on veut remédier, une brèche plus ou moins considérable. La plupart des modifications apportées au procédé ordinaire ont été proposées dans le but de faire disparaître cet inconvénient, fort désagréable dans une opération pratiquée sur la face; mais il faut avouer qu'elles donnent bien rarement le résultat qu'on croirait pouvoir en attendre; et, par exemple, ainsi que M. Malgaigne l'a dit dans son Mémoire, M. Guersant, sur 25 à 30 opérations de bec-de-lièvre qu'il compte dans sa pratique, a toujours vu une dépression plus ou moins considérable remplacer la solution de continuité primitive.

Le même reproche ne paraît pas devoir être adressé à la méthode ingénieuse décrite par M. Malgaigne, dans le numéro de janvier de son journal, et dont il a communiqué un très-beau résultat à la Société de chirurgie. C'est cette nouvelle méthode que M. Guersant a mise en usage à l'hôpital des Enfants, en adoptant, toutefois, une modification proposée par M. Huguier, et qui lui a paru devoir rendre l'opération plus facile; cette modification consiste à substituer le bistouri aux ciseaux, dont se sert M. Malgaigne, et à tailler ainsi, de bas en haut, les petits lambeaux qui servent à former le lobule médian.

OBS.— Au nº 24 de la salle Sainte-Thérèse, est couchée une petite fille, du nom de Zégle, âgée de 7 ans, née de parents sains, jouissant elle-même d'une très-bonne santé. Elle porte un bec-de-lièvre congénital simple, situé du côté gauche, mais très-près de la ligne médiane; la division occupe toute la hauteur de la lèvre supérieure, depuis son bord libre jusqu'à la sous-cloison du nez;— elle laisse voir les dents incisives, qui sont verticales et nullement dejetées en avant; — les angles qui unissent la partie inférieure de la solution de continuité avec le bord libre de la lèvre supérieure sont mousses, arrondis, de telle sorte que, lors même qu'on rapproche le plus possible les bords de cette solution de continuité, il existe néanmoins une brèche considérable à la partie inférieure.

L'opération a été pratiquée le 1er février 1844.

Après avoir mis l'enfant dans une position convenable et l'avoir fait maintenir par des aides, M. Guersant soulève successivement les deux lèvres de la solution de continuité et les détache de l'arcade alvéolaire supérieure, à laquelle elles adhéraient;— confiant ensuite à un élève le soin de maintenir bien tendue la lèvre droite du bec-de-lièvre, il la traverse avec la pointe du bistouri, en plongeant l'instrument d'avant en arrière, et le tranchant en haut, à 2 millimètres au-dessus du bord libre de la lèvre supérieure, et à moins de 2 millimètres du bord de la solution de continuité. Il dirige ensuite le tranchant de son instrument de bas en haut, parallèlement au bord de la division, jusqu'à la sous-cloison;— il fait la même chose du côté opposé, de telle sorte que les deux incisions viennent se rencontrer en haut, en restant unies l'une à l'autre par leur partie supérieure. On passe un fil dans l'anse que forment ces deux lambeaux, ce qui permet de les rabattre facilement et de les maintenir rabattus au-dessous du bord libre de la lèvre supérieure. On traverse alors les lèvres de la solution de continuité avec une épingle, immédiatement au-dessus de la base des petits lambeaux; —une autre épingle est placée un peu plus haut; on maintient ces deux épingles au moyen d'anses de fil ciré. On rapproche les lambeaux, et on les fait correspondre par leurs surfaces saignantes; puis on traverse leur base, immédiatement au-dessous du bord libre de la lèvre supérieure, par deux épingles très-fines, que l'on maintient également par des anses de fil ciré; et enfin on en retranche tout ce qui n'est pas nécessaire pour former le lobule médian.

Le pansement a été très-simple; — les extrémités pointues des épingles ont été coupées avec des ciseaux; — on a mis un morceau de diachylon entre la peau et la partie libre de ces épingles; — enfin, une longue bandelette de sparadrap, dont les extrémités vont se croiser sur le haut de la tête, sert à seconder l'action des épingles pour maintenir rapprochées les lèvres de la plaie.

Les premiers jours qui suivent l'opération, la petite malade va très-bien;—pas de fièvre;—pas d'érysipèle. Le quatrième jour, on re-

tire l'épingle supérieure et l'inférieure; — on coupe la bandelette de diachylon; —on ne laisse que la partie moyenne de cette bandelette, qui était adhérente aux lèvres de la plaie.

Le lendemain, on enlève les deux autres épingles;— la plaie est réunie; mais la cicatrice est masquée par des croûtes, que M. Guersant ne veut pas encore ôter, de peur de désunir les lèvres de la plaie.

Les jours suivants, quand on a fait tomber les croûtes par des lavages d'eau tiède, on peut examiner à loisir toutes les parties intéressées dans l'opération.

La cicatrice est presque linéaire supérieurement; — plus bas, au niveau de l'endroit occupé par l'épingle moyenne, elle a plus de 2 millimètres de largeur;—enfin, au niveau du lobule médian, cette cicatrice est presque imperceptible, tant les deux petits lambeaux se sont intimement unis.

Le lobule médian est un peu trop gros; — il fait une petite saillie en avant; — enfin, sa base est séparée du bord libre de la lèvre supérieure par une dépression angulaire, beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite.

L'enfant est restée dix-huit jours à l'hôpital après l'opération;— pendant cet espace de temps, les légères difformités dont nous avons parlé se sont amendées peu à peu, à mesure que la petite fille se livrait à ses exercices ordinaires, qu'elle mangeait, riait, parlait, etc.; —ainsi, le lobule médian a diminué sensiblement de volume, les dépressions angulaires latérales se sont émoussées, surtout à droite; — somme toute, quand elle est partie, le 19 février, elle offrait un bon résultat, moins beau sans doute que celui obtenu par M. Malgaigne, mais, sans contredit, plus satisfaisant que celui que donne, la plupart du temps, le procédé ordinaire.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL D'ANATOMIE GÉNÉRALE *appliquée à la physiologie et à la pathologie*, par L. MANDL, D.-M.-P., accompagné de cinq planches gravées.—Paris, chez J.-B. Baillière.—1 vol. in-8°. Prix : 8 francs.

Depuis les beaux travaux de Bichat, qui a créé l'anatomie générale, cette science a fait de grands progrès, cultivée qu'elle a été avec ardeur en France et en Allemagne. Dans ce dernier pays surtout, les recherches micrographiques modernes ont été appliquées sur une grande échelle à l'étude de chacun des tissus élémentaires dont se composent nos organes. Il y avait donc nécessité de publier un ouvrage succinct qui, en résumant l'état actuel de la science d'après les recherches des auteurs de tous les pays, pût être utile, non-seulement aux élèves, mais encore aux médecins.

M. Mandl, qui, depuis plusieurs années, se livre avec succès aux études microscopiques, vient de faire paraître ce manuel.

L'auteur divise son ouvrage en deux grandes sections: la première est consacrée à l'exposition des propriétés générales des systèmes organiques; la seconde, à la description particulière de chacun d'eux.

Après avoir défini un système organique, il examine successivement ses propriétés physiques et vitales, sa composition chimique, sa structure, sa texture, sa distribution, son développement, ses différences individuelles, sa régénération; puis il termine par quelques applications à l'étude de la physiologie et de la pathologie. Tel est le cadre de l'ouvrage de M. Mandl. Pour lui donc, l'anatomie générale est la science qui traite des caractères généraux des parties composant le corps animal. Quelques auteurs modernes confondent mal à propos l'anatomie générale et l'anatomie microscopique. L'anatomie générale possède un domaine beaucoup plus étendu; sans doute elle profite des résultats qui appartiennent à l'anatomie microscopique, mais elle en demande encore à la chimie, à la pathologie, etc.; enfin, elle ne se contente pas d'examiner la structure des systèmes organiques à l'aide du microscope, elle les étudie encore à l'œil nu.

M. Mandl étudie tour à tour, d'après le plan que nous venons d'indiquer, les systèmes cellulaire, nerveux, vasculaire, tégumentaire, adipeux, séreux, fibreux, cartilagineux, osseux, musculaire, glandulaire. Il a joint à son texte des planches représentant les divers tissus élémentaires dont il trace la description. Enfin, dans son Manuel, ne pouvant retracer l'histoire de la science, il s'est abstenu, en général, de citations et de discussions; pour obvier à cet inconvénient, il a placé une note bibliographique en tête de chaque chapitre, pour indiquer les principales sources à consulter.

Ce Manuel nous paraît destiné à un succès classique. Il sort en effet de la ligne des petits volumes modernes si informes, où l'on entasse pêle-mêle, écourtées et par conséquent défigurées, toutes les données de la science sans en juger aucune. M. Mandl a donné à son livre élémentaire une étendue plus considérable, et une forme plus scientifique. Non-seulement il raconte, mais encore

il juge. Ses fortes études en micrographie lui ont donné la facilité de faire des recherches nombreuses sur chacun des principaux chapitres de l'anatomie générale, pour contrôler les travaux de ses devanciers. Il est également un certain nombre de points de l'histologie, qui étaient pleins de doute et d'obscurité, et que l'auteur a cherché à éclairer par de nouvelles recherches. L'espace nous manque pour analyser les chapitres les plus importants de ce livre; nous mentionnerons seulement, d'une manière toute particulière, les articles consacrés à l'anatomie générale des système cellulaire et glandulaire.

M. Mandl, médecin allemand, avait un grand écueil à éviter dans la rédaction de son livre, non-seulement sous le rapport du style, mais encore sous celui de la méthode d'exposition. On sait que la plupart des ouvrages publiés dans la patrie de l'auteur sont souvent remarquables par une forme et une diction tellement défectueuses, qu'elles sont devenues proverbiales. M. Mandl a su, le plus souvent, vaincre cette double difficulté. Plus d'un lecteur trouvera peut-être dans ce Manuel, trop clairement exprimées, des prédilections pour les travaux d'outre-Rhin; cependant nous dirons, en terminant, qu'on doit savoir gré à M. Mandl d'avoir rendu plus de justice aux recherches des anatomistes et des physiologistes français que ne l'ont fait la plupart de ses compatriotes. T.-D.-P.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—19 *février*.—M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Malgaigne *sur l'abus et le danger des sections tendineuses et musculaires dans le traitement de certaines difformités* (Voir ce travail dans le précédent numéro). La lettre se termine par ces mots:

« Il m'a paru important de porter ces résultats à la connaissance de l'Académie, puisque c'est devant elle que des résultats si contraires avaient été promis ou annoncés. Il est temps que tous ces essais, plus ou moins hasardeux, soient enfin soumis au contrôle d'une juste et sévère expérience; et je me propose d'adresser prochainement à l'Académie les résultats d'une autre enquête sur les abus et les dangers de la myotomie dans le traitement des déviations latérales de l'épine. »

M. Sédillot annonce qu'il a extirpé la moitié gauche de la langue jusqu'à l'épiglotte, après avoir préalablement scié la mâchoire près de la symphyse.

—L'Académie a tenu, le 26 février, sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Dumas. Le prix de physiologie a été décerné à M. Laurent; les prix de médecine et de chirurgie ont été ainsi répartis; à MM. Stromeyer et Dieffenbach, 6,000 fr.; — à MM. Bourgery et Jacob, 5,000 fr.; — à M. Thibert, 4,000 fr.; — à M. Louget, 3,000 fr.; — à M. Valleix, 2,000 fr.; —des mentions honorables ont été accordées à MM. Amussat, Serrurier, Rousseau, et Philippe Boyer.

4 mars. — M. J. Guérin répond à la communication de M. Malgaigne que, *comme tous ceux qui pratiquent la ténotomie, il divise* des muscles rétractés *et pas d'autres*. Quant aux autres allégations, il *croit inutile de les relever*. — Il paraît d'après cela que l'Académie est condamnée à ignorer toujours ce qu'est devenu le malade aux 42 tendons. Nous remarquerons en outre que la communication de M. Malgaigne a été soigneusement supprimée par la *Gazette médicale*.

Académie de médecine.—Toutes les séances ont été presque entièrement occupées par la discussion sur les tumeurs du sein (Voir à la *Revue critique*).

Le 12 mars, l'Académie a nommé les commissions des prix. Le prix d'Argenteuil, destiné aux perfectionnements de la thérapeutique des maladies de l'urètre, est le seul qui intéresse la chirurgie; les commissaires sont: — MM. Villeneuve, Ségalas, Amussat, Bérard, Lagneau, Jobert et Mérat.

M. Amussat présente une grosse tumeur qui siégeait sur la tête d'une femme de 74 ans, et depuis l'âge de 18 ans. Elle donnait lieu depuis six mois à de vives douleurs et s'était recouverte d'ulcérations multipliées. Une ponction explorative ne fournit que du sang; M. Amussat cerna son pédicule avec le caustique de Vienne solidifiè à la manière de M. Filhos; après quoi il l'étreignit dans un lien circulaire. Le neuvième jour, le pédicule, réduit à un très-petit volume, fut coupé avec des ciseaux, et la malade est en voie de guérison.

La tumeur enlevée a le volume du poing; incisée dans toute son étendue, elle présente des loges de tissu fibreux contenant du sang noir; dans d'autres points un tissu spongieux infiltré de sang noir dégénéré; enfin, au centre, un noyau osseux du volume d'une noisette. M. Amussat conclut de cette dégénérescence d'une tumeur si longtemps bénigne, qu'il est impossible de distinguer les tumeurs qui peuvent ou ne peuvent pas dégénérer, et qu'il ne faut pas trop temporiser pour en faire l'ablation.

—Une place de membre titulaire a été déclarée vacante dans la section de médecine opératoire. Les candidats inscrits jusqu'à présent sont: MM. Ricord, Larrey, Denonvilliers, Laugier, Robert, Malgaigne, Huguier, Michon, Chassaignac et Vidal de Cassis.

—La Société de chirurgie de Paris, au nombre de 21 membres, présidée par M. le professeur A. Bérard, a donné, le 11 mars, un banquet aux trois avocats, Me Bethmont, Me Plocque et Me Favre, qui ont si énergiquement soutenu les droits de la critique scientifique devant le tribunal de première instance et devant la cour royale. M. le professeur Marjolin, membre honoraire, a porté le toast suivant:

« *A la liberté de discussion, et aux honorables défenseurs qui ont apporté à cette grande et belle cause l'appui de leur éloquence et de leur dévouement!* »

—Un nouvel arrêt, émané de la cour royale, est venu réjouir encore tous les médecins qui désirent voir maintenir la dignité et l'intégrité de l'art. On se souvient que M. Gannal, muni d'un brevet pour les embaumements, avait poursuivi en contrefaçon M. le docteur Marchal de Calvi, et prétendait défendre aux médecins toute injection par la carotide. Battu en première instance, il a été assez mal inspiré pour faire appel. La cour royale lui a garanti la propriété exclusive de son liquide, que personne d'ailleurs ne lui dispute; mais elle a laissé dans le droit commun l'injection par la carotide, et condamné M. Gannal aux dépens.

—La chambre des députés, dans sa séance du 7 mars, a adopté l'article 12 de la loi sur les patentes, consacrant les exceptions dans lesquelles enfin sont compris les médecins. Voici la partie de l'article qui nous concerne, avec la rédaction formulée par M Bouillaud:

« Sont exemptés de la patente:

« *Les docteurs en médecine et en chirurgie, officiers de santé, sages-femmes et vétérinaires.* »

Le ministère ayant adhéré à cet article, il est probable qu'il sera maintenu par la chambre des pairs.

—Lundi, 18 mars, s'est ouvert le concours pour l'agrégation, section de chirurgie, à la Faculté de Paris. Le jury est ainsi composé: MM. Marjolin, président; Lenoir, secrétaire; Gerdy, Velpeau, Moreau, Blandin, H. Larrey, juges; MM. P. Dubois et Malgaigne, suppléants. M. J. Cloquet, juge titulaire, a donné sa démission à raison de sa parenté avec l'un des compétiteurs, et a été remplacé par M. Blandin.

Le nombre des places est de cinq, dont une pour les accouchements. La dernière place en chirurgie ne conférera l'exercice de l'agrégation que pour trois ans.

Il y avait 23 candidats inscrits; 7 se sont retirés dès la première séance. Les 16 restants sont: MM. Després, Maisonneuve, Lacroix, Marchal, Gosselin, Boinet, Giraldès, Dufresse-Chassaigne, Sardaillon, Cazeaux, Depaul, Jacquemier, Voillemier, D'Arcet, Tavignot et Morel.

—Grâces aux instances de l'un de nos confrères, M. A. Thierry, membre du conseil général de la Seine, les restes de Bichat vont avoir un tombeau. Le conseil général a voté à cet effet une concession gratuite et à perpétuité dans un des cimetières de Paris.

De la kératite, par le docteur Lhommeau, chef de clinique ophthalmologique à l'hôpital de la Pitié, etc.; 1 vol. in-4°. Prix: 3 fr. 50 cent.; à Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse; tom. Ier, 1 vol. in-8° de 835 pages.—Chez Germer Baillière, libraire éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 17.—L'ouvrage complet aura trois volumes.

Dictionnaire de médecine, ou *Répertoire général des sciences médicales*, 2e édition, tome XXVIII—sab-sub.—Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, n° 4.—Ce dictionnaire sera complet en 30 volumes.

Traité des phénomènes électro-physiologiques des animaux, par M. Metteucci; suivi de *Recherches anatomiques sur le système nerveux et sur l'organe électrique de la torpille*, par M. Paul Savi. — Chez Fortin-Masson et comp., libraire, place de l'École-de-Médecine, n° 1.—1 vol. in-8° avec 6 planches. Prix: 8 fr.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement: 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

AVRIL 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelques mots sur la myotomie rachidienne.

Réalité dans la science,
Moralité dans l'art.

Quand, au milieu de la discussion soulevée par le *Relevé statistique* de M. Guérin, nous fûmes surpris inopinément par une assignation à comparaître en police correctionnelle, nous déclarâmes que le véritable procès ne se poursuivrait point là; que nous irions demander des juges plus compétents à l'Académie royale des sciences et à l'Académie royale de médecine, et notamment que nous déférerions à ces deux compagnies savantes la question de la valeur réelle de la myotomie rachidienne dans le traitement des déviations de l'épine. Après quelques retards qui ne venaient point de notre fait, nous avons accompli notre devoir et dégagé notre parole; ce Mémoire, annoncé dès le mois d'octobre, a été lu à l'Académie de médecine dans la séance du 2 avril, et adressé immédiatement à l'Académie des sciences; le reste regarde les commissions qui nous ont été nommées.

Nous aurions donc attendu en silence le rapport de ces commissions, si M. Guérin, qui sans doute a ses raisons pour cela, n'avait jugé convenable de devancer leur jugement en publiant à grand bruit un compte rendu qu'il a daigné faire lui-même de no-

tre Mémoire. Comme on peut bien le penser, il s'en montre fort peu satisfait ; et il nous dispense si libéralement les épithètes et les qualifications plus ou moins flatteuses, qu'on peut conclure, sans hésiter, qu'il a été fortement troublé dans son équilibre. De ces injures, de ces clameurs, de cette aveugle et impuissante colère, nous ne tenons et ne tiendrons aucun compte ; et, pour nous servir d'une expression célèbre, il aura beau accumuler ses outrages, il ne les élèvera jamais au-dessus de notre dédain.

Ses objections, dans un autre temps, auraient pu mériter une réponse ; mais nous préférons de beaucoup, à cette heure, que la réponse lui vienne des commissions académiques. Qu'il l'attende ; mais surtout, si l'attente lui pèse, qu'il n'apporte pas à la vérification des faits, des obstacles qui ne feraient, d'ailleurs, que la retarder ; et puisqu'il ne veut que la vérité, il aura satisfaction pleine et complète.

Cependant, il y a deux points sur lesquels nous sommes bien aise d'édifier nos lecteurs. Les sujets entrés dans le service orthopédique pour les déviations de l'épine, et définitivement sortis lors de la publication du Relevé, étaient au nombre de 42 ; de ces 42, 7 seulement ont échappé à nos recherches. Mais, sur les 35 autres, il nous a paru équitable d'en éliminer 11, dont le traitement était resté incomplet ou n'avait pas été commencé ; restait 24.

Sur ces 24 sujets, ayant séjourné à l'hôpital 2 à 3 mois au moins, 9 à 10 mois au plus ; ayant pour la plupart subi la myotomie rachidienne, et quelques-uns jusqu'à 9 opérations, qu'a-t-on obtenu ?

Il n'y a pas une seule guérison.

La majeure partie des malades est aujourd'hui dans le même état ou dans un état pire.

Il y a deux améliorations franches, et quatre améliorations partielles compensées par des aggravations partielles.

Parmi toutes les raisons bonnes ou mauvaises que M. Guérin a pris la peine d'accumuler pour ébranler ces conclusions, il y en a une qui nous a paru tellement curieuse, que nous avons cru devoir la mettre en plus grande lumière qu'il n'avait fait lui-même. Cette raison, la voici : c'est que les malades étaient bien plus mal soignés dans son service que chez leurs parents. On ne le croirait pas si nous ne placions ses propres paroles sous les yeux du lecteur.

« Quant à l'efficacité des soins, il est certain que les parents exécutent beaucoup mieux et beaucoup plus rigoureusement les prescriptions du traitement consécutif qu'on ne le fait à l'hôpital. Le service orthopédique n'a ni interne, ni externe ; l'application des machines est laissée à une fille de service, et l'on connaît le zèle, l'intelligence et la bonne volonté de ces sortes d'aides. Il est donc positif et avéré que les résultats obtenus sur les malades traités à l'hôpital ont été et ont dû être beaucoup moins avantageux que ceux obtenus sur les malades de la consultation, à cause de la plus grande gravité des cas, et à cause du défaut de suite et de précision dans les soins. »

La conclusion assez directe de ces étranges aveux, c'est qu'il faut bien se garder d'envoyer des malades dans un service où ils sont si mal soignés. Mais cependant, nous avons vu plusieurs sujets qui, ayant obtenu des améliorations apparentes à l'hôpital, les avaient perdues chez leurs parents. M. Guérin ne répond pas moins victorieusement à cette autre observation :

« A qui la faute, s'écrie-t-il ? au médecin, à la méthode ? tout simplement au défaut de persévérance et à l'incurie des malades, voilà tout ! »

Peut-être bien *n'est-ce pas là tout* ; mais il faut convenir qu'avec un service si mal tenu d'une part, et d'autre part avec l'incurie des malades, les guérisons du relevé deviennent encore bien plus miraculeuses, et nous ne nous étonnons pas de n'en avoir pu rencontrer une seule.

Mais, outre ses réponses générales, M. Guérin en a de particulières, et il faut bien que nous en donnions aussi un échantillon.

« 1er CAS. D'abord le cas de M. F. Lechner (4e cas de la 4e catégorie.) « *La malade et la*

mère, dit M. Malgaigne, *s'applaudissent beaucoup du résultat.* » Et il ajoute : « *Cependant la jeune fille garde une gibbosité extrêmement marquée, et c'est une de celles sur lesquelles la myotomie a laissé les résultats les plus graves.* » De tout cela, pas un mot, oui, pas un mot de vrai. La mère ne s'est point applaudie du résultat devant M. Malgaigne, par la raison qu'elle était morte depuis assez longtemps quand il s'est présenté pour voir la fille. »

Il y a véritablement là une fausseté, une fausseté bien misérable. Elle consiste, ami lecteur, à rapporter à une malade ce que nous avons dit d'une autre, à attribuer à Mlle Lechner, notée dans le Mémoire comme offrant l'*amélioration la plus notable* quoiqu'elle ne soit restée *que 55 jours à l'hôpital,* ce qui revient à Virginie Gaudet, qui compte près de 8 mois de séjour, et dont le nom est écrit en toutes lettres dans le Mémoire, comme celui de la jeune fille qui a le plus souffert de la myotomie. Voilà par quel heureux stratagème on se donne la joie d'imputer à un adversaire trop véridique une grossière imposture ; voilà les honnêtes inventions qui servent de cortége et d'appui à la myotomie. Encore a-t-on jugé sagement qu'elles porteraient peu de fruits si l'on en faisait part seulement aux abonnés de la *Gazette médicale* ; et comme cet auditoire d'élite s'en va diminuant tous les jours, on a tiré cette vaillante réplique à grand nombre d'exemplaires, et l'on a fait colporter par tout Paris, en style du père Duchêne, *la grande calomnie de M. Malgaigne !*

Heureusement cela ne trompe personne, et cela n'intimide plus personne. Lorsque, malgré notre répugnance nettement exprimée, on nous a forcé à cette lutte, nous ne prévoyions pas sans doute que l'on dépasserait à notre égard toutes les bienséances et toutes les limites; mais, quoi qu'on ait pu écrire et faire, soutenu par le sentiment de notre droit et de notre devoir, nous n'avons cessé d'aller en avant. Nous apercevons enfin le but désiré ; les faits vont être soumis à une vérification solennelle ; la science et la vérité une fois satisfaites, nous promettons à M. Guérin de laisser son nom dans le plus complet oubli. Mais jusques-là nous l'engageons à méditer ces paroles d'un de nos plus éminents publicistes :

« La fermeté sans le droit, c'est de la violence ; le droit sans la fermeté, c'est de la faiblesse ; l'union du droit et de la fermeté, voilà la véritable force. »

Mémoire sur l'abrasion de la cornée *pour remédier aux opacités de cette membrane,* par **M. Malgaigne.**

Lorsque j'adressai à l'Académie des sciences, en avril 1843, une courte note sur l'abrasion de la cornée que je pensais avoir pratiquée le premier, cette communication fit une certaine sensation parmi les chirurgiens, mais surtout parmi les ophtalmologistes. Quelques honorables confrères voulurent bien m'écrire pour m'avertir que ni mes expériences ni mon opération n'étaient nouvelles ; mais ils s'accordaient mal sur les résultats qu'elle avait donnés. Ainsi M. H. Blatin m'écrivait en date du 8 avril :

« Un nommé Winderling, oculiste ambulant, actuellement à Verdun, en a parlé il y a plusieurs mois, comme d'une opération vulgaire et facile, à un médecin de mes amis ; et d'après ce qu'il en a dit, il ne s'agissait pas de l'albugo, de l'*ungula* d'A. Paré, mais des taches anciennes que Demours veut qu'on n'attaque point au couteau. Ce Winderling qui ne s'en donnait pas pour l'inventeur, guérissait ainsi sur les places publiques, il y a plus de 14 ans, avec un nommé Raymond, les opacités de la cornée, laissant croire au besoin qu'il faisait ainsi l'opération de la cataracte. D'une pratique semblable dérive peut-être la croyance populaire que la cataracte consiste dans la présence d'une peau placée sur l'œil. »

D'un autre côté, M. Sichel m'écrivait le 15 avril :

« D'abord le fait que la cornée devient transparente et que la vision se rétablit après l'excision des cicatrices est connu depuis longtemps des praticiens. Il y a plus ; la vision se rétablit même pour quelque temps quand, dans l'opération du staphylôme, on enlève entièrement la cornée. Mais ces guérisons ne sont point de durée. La cornée amincie et

devenue transparente redevient toujours opaque au bout d'un temps plus ou moins long; à moins qu'il ne se forme un kératocèle ou un staphylôme pellucide de la cornée, maladies fort difficiles à guérir, qui détruisent la vision tout aussi bien que l'opacité, et se terminent même, quand la perte de substance de la cornée est considérable, par la rupture de cette membrane et la fonte du globe oculaire. »

La même divergence se manifesta devant l'Académie des sciences et dans la presse médicale; tandis que M. Rognetta, dans les *Annales de thérapeutique,* établissait les conditions dans lesquelles l'opération pouvait être rationnelle, M. Desmarres dans les *Annales d'oculistique* la rejetait impitoyablement dans tous les cas. La question a été récemment reprise par le docteur Rob. Hamilton qui, dans un mémoire lu à la société Médico-Chirurgicale d'Edimbourg, le 9 février 1844, a conclu en faveur de l'opération (1). Comme aucuns de ces écrivains n'avaient de faits personnels et directs sur cette question, il leur était difficile d'y jeter une bien grande lumière; toutefois les recherches auxquelles ils se sont livrés ne manquent ni d'intérêt ni d'utilité. Je profiterai des matériaux qu'ils ont recueillis, en y ajoutant d'autres qui leur ont échappé; et l'on verra qu'en effet les premières tentatives faites dans cette direction remontent déjà assez loin dans l'histoire de l'art. Je donnerai ensuite mes propres observations avec les réflexions qu'elles m'ont suggérées.

La première mention d'une opération de ce genre se trouve dans l'ouvrage de Saint-Yves, publié en 1722. Il est à remarquer qu'il n'en dit rien à l'occasion de l'albugo, mais seulement à propos des ulcères de la cornée. Après avoir parlé de leur cicatrisation:

« Quant aux taches qui restent, ajoute-t-il, elles sont ou petites ou larges, et plus ou moins élevées selon que la maladie qui les a précédées a été violente. Il y en a qui prétendent les emporter en enlevant une pellicule de la tache; mais cette pratique est dangereuse, parce que si avec une lancette ou quelque autre instrument on ôtait cette partie, il se ferait une nouvelle plaie qu'il faudrait nécessairement cicatriser de nouveau, et il en resterait même une opacité à cet endroit, qui serait aussi grande que la première... Ce que je viens de dire n'empêche pas qu'on ne lève une pellicule de la cornée transparente lorsqu'il y a une matière épanchée par un grain de petite vérole, qui est le seul cas où cette opération convient. »

Quels étaient ces hardis opérateurs, qui semblaient ainsi vouloir ouvrir à l'art une voie nouvelle? Sans doute quelques oculistes ambulants, confrères de ces lithotomistes parmi lesquels avait été élevé frère Jacques; et nous verrons en effet qu'en dehors de la chirurgie régulière l'abrasion de la cornée s'est perpétué par tradition pendant tout le XVIIIe siècle, et jusqu'à nos jours même entre les mains de Winderling (2).

Après Saint-Yves nous trouvons une assez grande lacune; près de 30 ans se passent sans qu'une seule voix s'élève pour rappeler même l'opération condamnée. C'est en vain que M. Desmarres a cru la retrouver dans une thèse de Mauchart et dans Platner; l'un et l'autre ne parlent que des mouchetures de Woolhouse; et les instruments dont Platner a donné la figure ne laissent aucun doute à cet égard.

Mais, en 1751, Richard Mead, médecin du roi d'Angleterre, exprima sur l'opération une opinion beaucoup plus favorable que Saint-Yves; et du reste, par un hasard assez étrange, nous verrons se succéder presque régulièrement les témoignages favorables et

(1) *London and Edimb. Monthly Journal of med. science,* march 1844.

(2) Ni Woolhouse ni Taylor n'ont rien dit que je sache de précis à ce sujet. Je trouve cependant dans un chapitre de G. Sprengel, une citation d'Heuerman qui a trait à ce dernier. Il s'agit *des taches* de la cornée, « qu'on peut cependant, assure-t-il, lorsqu'elles sont très-larges et qu'elles ont complétement aboli la vue, soulever à l'aide d'un fil et exciser, ainsi qu'il l'a vu pratiquer à Taylor; mais quand il y a quelque espoir que la vue se rétablisse, on doit s'abstenir de cette opération dans la crainte de faire naître des cicatrices encore plus incommodes. »—G. Sprengel, *Hist. des principal. opér. de chir.*, t. 8 de l'*Hist. de la médecine,* de K. Sprengel, p. 76.

les témoignages contraires. Mead distinguait deux espèces d'*albugo*, un superficiel ou externe, l'autre plus profond ou interne.

« J'ai traité cette affection par deux moyens, dit-il, l'un dans l'albugo superficiel, l'autre dans le profond. Dans le premier cas je me suis servi d'une poudre composée de parties égales de *verre commun* porphyrisé et de sucre candi... L'autre moyen consiste à faire exciser cette taie peu à peu et tous les jours par un chirurgien habile et prudent ; en effet la cornée se compose de lames superposées, et elle est assez épaisse et solide pour permettre d'en enlever quelques petites portions. J'ai vu beaucoup de malades guéris par l'usage de la poudre ; mais je n'ai appliqué la résection de la cornée qu'une fois seulement ou deux avec un heureux succès. *Sed satius est anceps remedium experiri quam nullum* (1). »

Presque en même temps, Eschenbach en Allemagne tenait un langage bien différent ; il taxait les opérateurs de charlatanisme et d'ignorance ; et pourtant la première des observations qu'il rapporte semble montrer qu'il avait lui-même assez légèrement étudié le sujet. Cette observation appartient essentiellement à notre sujet.

OBS. Ire. — *Opacité générale des deux cornées, succédant à la petite vérole ; double opération ; insuccès* (2).

Au mois d'avril 1751, un médecin-oculiste ambulant arriva parmi nous ; il avait acquis par un long exercice une rare dextérité manuelle dans l'abaissement de la cataracte, mais ne se doutait guère de l'anatomie, ni des principes de la chirurgie, ni de tout ce qui concerne la saine médecine. Il fut consulté par une pauvre fille de 24 ans, bien portante d'ailleurs et robuste, mais qui depuis longues années était devenue presque aveugle par l'effet d'un leucoma qui avait envahi les deux yeux à la suite de la variole, et qui malgré tout ce que l'on avait tenté occupait encore la totalité des deux cornées, sauf vers le bord, à l'endroit où la cornée s'unit à la sclérotique, un petit cercle ayant à peine un quart de ligne d'étendue, et qui était resté transparent ; mais tout le reste offrait une tache épaisse, protubérante et d'une couleur blanchâtre. Or, bien que la chirurgie regarde cette affection comme incurable, et que cet arrêt soit ratifié par l'expérience de tous les jours et par une foule de raisons, notre oculiste, comme c'est l'habitude des gens de cette sorte, jura ses grands dieux qu'il enlèverait la tache par une opération chirurgicale, et qu'en peu de jours il rendrait à la malade l'intégrité de la vision. Voici comment il s'y prit :

L'opération fut faite le matin. La malade était assise sur une chaise ordinaire, le visage tourné contre le jour ; un aide, placé derrière, lui tenait avec les deux mains la tête renversée ; en même temps, d'une main il lui fermait un œil, de l'autre il écartait les paupières de l'autre œil. L'opérateur debout devant la malade, la main armée de l'aiguille à cataracte ordinaire, ronde et pointue, enfonça l'aiguille transversalement dans la tache, et ayant ainsi fixé la cornée, *la réséqua en entier* à l'aide d'un bistouri bien tranchant ; et ayant répété l'opération sur l'autre œil avec les mêmes circonstances, eut ainsi enlevé les deux cornées en une demi-heure. Après quoi, ouvrant les paupières et montrant quelques objets à la malade, il lui demanda si elle y voyait ; mais celle-ci répondant que la douleur l'empêchait de rien voir, il fit panser les yeux avec un collyre réfrigérant composé d'eau de rose et d'un peu de sucre de saturne ; et peu après l'opération il fit faire une saignée du bras. Pendant les premiers jours l'humeur aqueuse s'écoula en abondance à travers les cornées ouvertes ; en même temps, partie par l'effet d'une inflammation très-grave qui succéda à la plaie, partie par l'irritation continue que la paupière supérieure demeurée pendante excitait dans l'un et l'autre œil par son contact immédiat avec l'iris, sans compter l'action de l'air arrivant sur la plaie au moindre écartement des paupières ; la malade fut prise d'une douleur tellement atroce que durant 14 jours elle n'eut pas un moment de sommeil, et qu'on craignait le délire. L'oculiste ayant à propos repris son voyage peu de jours après, et ainsi délaissé sa malade, on combattit l'inflammation et la douleur par les médicaments appropriés tant internes qu'externes, tant qu'enfin les symptômes s'amendèrent et la plaie se cicatrisa peu à peu ; c'est-à-dire qu'après plusieurs semaines ou plutôt plusieurs mois, la membrane enlevée fut remplacée par

(1) *Monita et præcepta medica*, cap. *De albug. oculi.*

(2) *Observ. anat. chir. medica rariora*, edit. altera, Rostochii, 1769, obs. IV.

une nouvelle, qui dès l'abord offrait une couleur bleuâtre, et ressemblait ainsi en quelque sorte à une cornée saine, mais qui en s'organisant devint épaisse et tout à fait opaque. La couleur de cette cornée nouvelle tourna ensuite de plus en plus au blanc, et enfin, au bout de quelques mois, elle était absolument semblable à la cornée enlevée et pour l'épaisseur et pour la couleur, si ce n'est qu'elle gardait une nuance bleuâtre; la vision d'ailleurs n'étant pas le moins du monde en meilleur état qu'avant cette douloureuse opération. »

Je confesse que j'éprouve une très-forte répugnance pour ma part à ajouter foi à cette régénération des deux cornées après leur excision complète; et que je m'en fierais plutôt aux dires de l'oculiste, qui *prétendait*, ajoute l'auteur, *persuader à ses malades et aux médecins présents et aux nombreux assistants qu'il n'enlevait pas toute la cornée, mais seulement les lamelles malades et inutiles*. Eschenbach avait deux grandes raisons de douter de la réalité de l'opération; d'abord il la croyait à peu près impossible; et puis il était convaincu qu'on pouvait la simuler sur le vivant.

« Je me souviens, dit-il, d'un autre oculiste ambulant qui séjourna dans notre ville il y a quelques années, et qui non-seulement persuadait à ses malades et aux assistants qu'il enlevait les petites taies de l'œil, quelles que fussent leur cause et leur nature, sans lésion de l'œil; mais qui après l'opération montrait ouvertement la lamelle disséquée et la passait aux assistants; laquelle lamelle, en vérité, n'était autre chose qu'un lambeau de cette pellicule qui enveloppe l'œuf des oiseaux en dedans de la coque. Il l'appliquait par avance sur l'œil avec une dextérité étonnante, à l'aide d'un instrument obtus destiné d'après son dire à l'ablation de la tache; et ensuite il la détachait évidemment aux yeux des parents qui voyaient faire l'opération. Mais après son départ la tache restait la même qu'auparavant; et un autre chirurgien dont les malades avaient méprisé les avis, répéta l'expérience pour se moquer d'eux. »

Bien que le charlatanisme ait des ressources inouïes, celle-ci est cependant assez difficile à admettre, et il faudrait pour cela d'autres preuves que l'expérience faite après coup par le chirurgien évincé. Ce qui me paraît résulter de plus clair de tout ceci, c'est que les essais tentés à Rostock n'eurent aucun succès; et que les taies revinrent aussi opaques qu'auparavant. Un autre fait ajoute quelque chose à ces conclusions; et prouve qu'en effet, dans certaines circonstances, la cornée amincie par le bistouri peut se distendre en staphylôme.

Obs. II. — *Leucoma ancien, suite de plaie de la cornée; opération; insuccès; staphylôme consécutif.*

Un jeune homme d'une vingtaine d'années, bien portant d'ailleurs, avait reçu, étant enfant, une étincelle de feu dans l'œil, en regardant un forgeron battre le fer rouge; et de là s'en était suivi un leucoma ou tache blanche, protubérante, parfaitement albuginée, sur la cornée transparente. Cette tache s'étendait en largeur sur plus de moitié du diamètre de la cornée; elle occupait la région de la pupille, et non-seulement la portion centrale, mais elle se prolongeait vers le bord supérieur un peu plus que vers l'inférieur, en sorte qu'en bas on voyait encore une portion de la cornée saine; la vision était absolument détruite dans cet œil, et le leucoma n'apportait pas une médiocre difformité. L'oculiste dont il a déjà été question promit de l'enlever facilement et promptement avec complète restitution de la vue; et enleva la tache par une opération semblable à celle du cas précédent. Comme ici il n'y avait qu'un œil affecté, et comme la tache n'occupait pas toute la cornée, l'inflammation consécutive et la douleur furent bien moindres; et le malade pouvait dans la journée se promener sans inconvénient dans un poêle dont les fenêtres étaient munies de rideaux pour empêcher le jour; aussi l'écoulement de l'humeur aqueuse était-il plus abondant le jour que la nuit. Moyennant les remèdes convenables et un temps qui dépassa plusieurs semaines, la plaie se cicatrisa; il se forma une nouvelle membrane qui, au bout de quelques mois, offrait le même aspect albuginé qu'avant l'excision, et s'étendait en outre plus loin, de telle sorte que par en haut elle atteignait la conjonctive, à laquelle elle envoyait comme par rayonnement de nombreux vaisseaux sanguins, d'un assez fort calibre, et qui n'existaient pas avant l'opération. Après deux ans écoulés, ces vaisseaux s'étaient évanouis en grande partie, mais cependant il en restait toujours une petite portion. Mais ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est qu'après la

parfaite consolidation de la plaie, les membranes nouvellement développées vers le milieu de la tache n'acquirent point la même épaisseur ni la même solidité que dans les autres points; mais il y resta un point plus terne, de la largeur de la tête d'une grosse aiguille, et d'une couleur bleu foncé. Ce point, repoussé peu à peu en dehors par l'humeur aqueuse, s'éleva bientôt en une tumeur ou *staphylôme* qui acquit graduellement le volume d'un gros pois, repoussant en dehors la paupière supérieure qui le recouvrait; d'abord faisant une saillie arrondie, puis s'étendant davantage en largeur qu'en hauteur, à cause de la pression de la paupière. Mais comme le malade, pour faire enlever cette nouvelle tumeur, attendait par mon avis qu'elle fût devenue un peu plus considérable, voilà que ce staphylôme, continuellement comprimé par la paupière, au bout de quatre mois environ avait peu à peu et spontanément disparu; les membranes ayant repris durant ce temps la consistance et la couleur du reste de la tache, à part une certaine flaccidité et comme des rides qui persistèrent dans ce point; la vue d'ailleurs, comme on pense bien, n'ayant pas reçu la moindre amélioration. Loin de là, l'autre œil, quelques mois après l'abcision du leucoma et avant la cure spontanée du staphylôme, fut pris d'une flaccidité manifeste avec affaiblissement de la fonction; après quoi survinrent les symptômes accoutumés de la goutte sereine, puis enfin une cataracte adhérente de toutes parts à l'iris; cette membrane avait pris une teine jaune insolite; et la vue demeura absolument perdue (1).

Ainsi méconnue et condamnée par Eschenbach, l'opération semble avoir péri en Allemagne; et c'est en France, sa première patrie, que nous aurons presque exclusivement à en suivre l'histoire. Nous trouvons un nouvel exemple d'insuccès à la date de 1768 : observé par Demours père, et publié par son fils beaucoup plus tard; mais il convient de le rapporter à sa date.

Obs. III. — *Albugo large et épais; abrasion partielle; opacité plus forte qu'auparavant* (2).

24 avril 1768.

« Mlle de C... est arrivée à Paris sur la fin de décembre 1767, ayant sur l'œil droit une taie très-large et fort épaisse qui l'empêchait d'apercevoir aucun objet. Elle a fait usage pendant janvier, février et mars, d'eau de Balaruc, moyen propre à atténuer et diviser cette partie lymphatique, qui dans les ophthalmies violentes, et surtout dans celles qui succèdent à la petite vérole, s'extravase dans les lames de la cornée..... L'usage de ce collyre ne tarda pas à mettre la malade en état de discerner les objets; et au bout de deux mois environ, elle les distinguait tous. Enfin vers les premiers jours du courant, l'opacité était tellement diminuée d'épaisseur, qu'au lieu d'être blanche comme elle l'avait été au commencement, elle était devenue bleuâtre, couleur qui annonce toujours que la transparence commence à se rétablir. D'ailleurs cette tache, qui auparavant était ronde, était déjà considérablement échancrée vers le haut du côté du nez. Elle l'était aussi, quoique un peu moins, vers sa partie inférieure du même côté, et tout cela indiquait une guérison qui aurait été sans doute encore longue, mais dont la marche n'aurait été accompagnée d'aucune espèce d'inconvénient..... On crut aller plus vite en portant l'instrument dans l'œil. Ce sont les effets de cette opération qu'il s'agit d'examiner.

« La malade a été opérée le 14 de ce mois, et l'opérateur ne s'est pas borné, comme on en était convenu, à détruire un vaisseau qui passait dans la cornée, et à égratigner très-légèrement la superficie de la tache avec un instrument fait en faucille et tranchant par son extrémité. La section du vaisseau, quoique superflue selon ma façon de penser, ainsi que je l'avais déjà dit, ne pouvait cependant avoir d'autre inconvénient que celui d'une douleur passagère, et l'opération d'égratigner la superficie de la tache en avait encore moins, et devait même l'éclaircir quelque peu. Au lieu de cela, on a fait un très-grand nombre de scarifications; le but qu'on se proposait était d'enlever une partie de la tache, de la diminuer d'autant, et de faire tomber le reste en suppuration. Le contraire est arrivé; car à la levée de l'appareil, la tache s'est trouvée plus blanche et aussi épaisse qu'elle l'était lorsque la malade est arrivée à Paris. Les parties échancrées et qui avaient déjà repris leur transparence naturelle sont aussi opaques que le reste. »

---

(1) Eschenbach, *op. citat.*, obs. V.

(2) Demours, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 302; *obs.* 183.

Demours ne nomme point l'opérateur ; et nous n'avons aucun moyen de suppléer à son silence. Mais enfin nous allons voir l'opération hautement avouée et défendue, et des succès nouveaux se joindre à ceux que Mead avait invoqués. Le 28 décembre 1779, Gouan, professeur à Montpellier, lut à la Société royale des sciences de cette ville un Mémoire sur l'efficacité de l'huile de noix, dans lequel se trouve un exemple heureux d'abrasion de la cornée; il faut le laisser parler lui-même.

Obs. IV. — *Opacité avec épaississement et saillie de la cornée; abrasion opérée avec succès.*

« Au mois d'octobre 1777, Mme Forral, femme d'un riche négociant de Caudia, petite ville d'Espagne, arriva ici avec son fils âgé de 7 ans. Cet enfant avait perdu la vue d'un œil à l'âge de 3 mois; et à l'âge d'un an et demi, la petite vérole l'avait rendu totalement aveugle par une tache ou cicatrice qui couvrait toute la cornée transparente de l'œil gauche ; il est donc resté totalement aveugle pendant six ans encore.

« En arrivant il fut mis entre les mains d'un habile chirurgien qui employa les poudres irritantes et les vésicatoires, mais sans aucun succès ; des ophtalmies qui survinrent découragèrent la mère et l'enfant qui, de son côté, se refusait à toutes espèces de remèdes.

« Ces étrangers étaient sur le point de partir pour l'Espagne, lorsque je fis entendre à la mère et à un commis de sa maison venu avec elle, qu'à la faveur de quelques remèdes plus doux il serait possible de rendre l'usage d'un œil à cet infortuné ; il se rendirent et consentirent à ce que je leur prescrirais. J'employai d'abord les collyres simples et les pédiluves pour calmer cette ophtalmie; et l'enfant une fois rétabli, j'entrepris sa guérison.

« L'insuffisance des relations de la mère et du commis m'empêcha d'entreprendre la guérison de l'œil dont il avait cessé de voir trois mois après sa naissance, et je me bornai à la guérison de l'œil gauche. J'aurais peut-être débuté par l'usage de l'huile de noix, mais l'état de la cornée m'en empêcha ; car, outre son extrême opacité, elle était devenue fort épaisse et plus saillante que de coutume. Cette épaisseur me suggéra des réflexions qui me donnèrent l'idée d'une opération toute neuve, dont le succès me parut certain, et par laquelle on jugera combien la physique est utile et nécessaire à la médecine.

« La première réflexion qui se présenta à mon esprit fut celle-ci : que les corps opaques acquièrent plus ou moins de transparence à mesure qu'on les amincit; de même que les corps transparents deviennent comme opaques, ou semblent perdre leur transparence si on les double , tels que les gazes, les taffetas pliés en plusieurs doubles. »

« La seconde réflexion tient encore à la physique ; elle est prise de ce qui se pratique journellement chez les dessinateurs, d'après ce fait connu que les corps opaques, tels que les papiers, parchemins, etc., imbibés d'une huile ou d'un vernis, deviennent transparents selon qu'ils en sont plus ou moins pénétrés. Ces réflexions sur la nature des corps, et la comparaison que je fis de la cornée avec des feuillets de papier appliqués les uns sur les autres, me suggérèrent l'idée de l'opération suivante. J'imaginai donc de faire enlever à cette cornée autant d'épaisseur ou autant de feuilles ou lames qu'il serait possible de le faire, dans la vue de rendre le reste de la cornée plus pénétrable aux rayons de lumière, de faciliter par là l'action de l'huile de noix, et d'en hâter l'efficacité.

« L'aversion de cet enfant pour le chirurgien qui l'avait déjà traité, me décida à confier à M. Pellier, oculiste breveté du roi, le soin de cette opération de peu de conséquence en elle-même, mais délicate par la difficulté de contenir un enfant à qui la présence de plusieurs personnes offrait l'idée d'une opération des plus terribles.

« Je fis donc appeler chez moi M. Pellier, à qui je fis bien examiner l'œil; et après lui avoir prescrit l'opération que j'exigeais de lui, il fixa l'œil, et en présence de trois étudiants en médecine, il cerna la cornée et emporta les deux tiers de son épaisseur. L'enfant ne donna aucun signe de douleur, il ne survint aucune hémorragie ; je n'employai pour tout appareil que des compresses imbibées d'eau de rose. Six jours après je fis ôter l'appareil; l'enfant distingua la clarté, des clefs, les doigts de la main. Ce premier succès donna aux parents la plus grande confiance, surtout lorsque .... je les assurai qu'avec l'huile de noix, ils devaient attendre la plus parfaite guérison. En effet je leur fournis pour le voyage une bouteille d'huile de noix; ils en ont fait usage; et par les lettres que j'ai reçues, il conste que l'enfant y voit toujours de mieux en mieux (1). »

(1) *Recueil de mémoires et d'observations*, etc., par M. G. Pellier de Quengsy fils, Montpellier, 1783; p. 457 et suiv.

La comparaison des dates fait voir que près de deux ans s'étaient écoulés depuis l'opération, lorsque Gouan faisait sa lecture: ce qui montre déjà une certaine persistance dans le succès obtenu. On voit aussi que Gouan s'attribuait l'idée de cette opération, et j'ai cru devoir conserver les superbes principes de physique qui l'avaient conduit à cette découverte. Elle lui fut disputée cependant; et par l'opérateur même dont il s'était servi; en rapportant un extrait du Mémoire de Gouan, Pellier ajoute:

« Cette opération n'est pas aussi nouvelle que le pense M. Gouan; il y a plus de dix ans que je l'ai mise en pratique sur différents malades attaqués de la même maladie; mais je suis convaincu, par ma propre expérience, qu'elle ne réussit pas chez tous les sujets, malgré l'usage constant de l'huile de noix et autres topiques encore plus efficaces; et cela par rapport à la régénération de la cornée. En octobre 1776, je procédai à un pareil traitement que ci-dessus à Marseille, sur la fille du sieur Moinot, coutelier, attaquée d'un leucoma parfait; mais elle ne fut que faiblement soulagée, à cause de la reproduction de la cornée. »

Ainsi parlait Pellier en 1783; et six ans plus tard il maintenait encore cette opération toute impartiale.

« Quoique j'aie indiqué l'opération ci-dessus pour guérir les taches appelées *albugo, nephelium,* je ne me flatte pas qu'on réussira toujours; l'expérience m'a démontré son insuffisance chez certains sujets et la réussite chez d'autres. »

A quoi tient une telle différence dans les résultats? Il ne s'arrête pas même à la rechercher. Quant au procédé opératoire, il se servait d'une lancette fixe sur son manche, dont le talon non trempé permettait de courber la lame à volonté; l'œil du malade bien assujetti, il portait transversalement sa lancette à côté de la tache, entre les lames de la cornée; et après avoir divisé celles qui étaient ternies ou opaques, il les saisissait d'une main avec de petites pinces à dents et à ressort; et de l'autre main il achevait de les couper en entier de bas en haut avec le même instrument.

A la fin de l'article il donne une nouvelle observation qu'il convient de reproduire.

Obs. V.—*Tache assez épaisse occupant toute la cornée; abrasion; guérison.*

« Appelé à Riom en septembre 1778, le fils du sieur Clusel, marchand, âgé de 16 ans, borgne depuis quatre ans par une tache assez épaisse qui couvrait toute la cornée transparente de son œil droit, vint avec ses parents me trouver pour le secourir de cette infirmité. Après en avoir fait l'examen le plus mûr, je proposai son enlèvement, comme le seul moyen qui se présentait pour lui rendre la lumière de cet œil. Le jeune homme décidé à subir cette petite opération, je la fis comme je l'ai prescrit ci-dessus, en présence de M. Vialette fils, maître en chirurgie de ladite ville; et peu de temps après il put jouir des avantages de la vue de son œil (1). »

Il semble que des faits de ce genre étaient assez frappants pour fixer l'attention des chirurgiens et surtout des oculistes; on pouvait les discuter sans doute, mais du moins eût-il fallu en tenir compte. Mais les opinions une fois enracinées résisteraient à l'évidence même; et il ne sera pas peu curieux de lire le fait suivant enregistré par Demours comme preuve du danger de l'opération.

Obs. VI. — *Albugo considérable; abrasion de la cornée; état assez passable pendant huit ans; excision nécessitée plus tard par la saillie de la cornée et l'état squirrheux de la sclérotique.*

« Le 4 février 1782, mon père fut appelé pour assister à une opération de ce genre. Madame S... avait la cornée blanche dans la plus grande partie de son étendue. On enleva une ou deux lames de cette membrane, qui fut en outre scarifiée, ainsi que la conjonctive et l'intérieur des paupières. On donna plus de cent coups de bistouri, et l'opération très-douloureuse dura plus d'un quart-d'heure. On fit une saignée du pied. Cet œil, moins difforme, fut dans un état passable pendant huit ans, après lesquels la cornée s'éleva et des douleurs

(1) *Précis ou cours d'opérations sur la chir. des yeux*, 1789; t. 1, p. 106 et suiv.

se déclarèrent. Elle devint si protubérante et l'œil si douloureux, qu'après plus d'un an de délais, la personne qui avait fait la première opération enleva, en juin 1792, sur la demande réitérée de la malade, par une incision circulaire, la cornée avec une portion de la sclérotique qui se trouva squirrheuse. La suppuration fut longtemps à s'établir. La malade a porté un œil d'émail. Je lui ai donné des soins neuf ans après pour une ophthalmie à l'autre œil. Elle éprouvait le plus grand regret d'avoir demandé qu'on lui fît, en 1782, l'abrasion de la cornée. »

Il y avait donc là un œil perdu; l'opération le remet, *pendant huit ans*, dans un état passable ; et veut-on savoir les réflexions que ce fait suggère à Demours?

« Dans une consultation pour un albugo considérable à laquelle je me suis trouvé, dit-il, on proposa d'enlever une pellicule. M. Desault s'y opposa, et ajouta que l'abrasion de la cornée était une mauvaise opération qui donnait lieu à la protubérance de cette membrane, et à une difformité plus grande que celle qu'on voulait éviter. Il avait raison; je pensais et je pense encore comme cet illustre praticien (1). »

Du reste, tous les chirurgiens semblaient conjurés pour faire rentrer cette opération dans l'oubli; ou plutôt on n'en parlait que pour la rejeter. Scarpa s'éleva avec force contre *tous ces moyens ayant pour but de râcler la cornée, de la perforer,* etc., comme inventés par des ignorants et prônés par des charlatans. La grande objection, ou plutôt son objection unique était leur inutilité absolue, attendu que la cicatrisation de la plaie ramènerait infailliblement l'opacité. Wenzel fut plus rigoureux encore.

« Je suis fort éloigné, écrit-il, d'approuver les opérations que plusieurs praticiens mettent en usage lorsque l'albugo est entièrement formé, que l'ophtalmie ne subsiste plus, qu'il n'y a que cette tache qui prive l'œil de ses fonctions. Elle consiste à râcler la cornée et à enlever par ce moyen plusieurs feuillets de cette tunique. Ces opérations augmentent le mal, ne remédient à rien, et souvent produisent des irritations, des douleurs et de nouvelles ophtalmies, semblables à celles qui ont causé l'albugo, et qui n'auraient point eu lieu sans ces manœuvres. Ces opérations peuvent surtout donner naissance à un staphylôme, parce que la cornée, amincie par les instruments tranchants, cède souvent alors à l'impulsion de l'humeur aqueuse qui est au-dessous. Il en résulte une maladie de plus, qui peut nécessiter dans la suite l'extirpation d'une partie ou de la totalité du globe. »

Malgré ces jugements sévères, Larrey ne craignait pas quelques années après, de rapporter un nouvel exemple de succès obtenu par lui-même (2).

« Si la taie offrait une certaine épaisseur, disait-il, on peut l'enlever par petits feuillets à l'aide d'un bistouri très-mince. J'ai eu occasion de faire cette opération à une demoiselle, à Toulon; moyen qui a contribué à la destruction d'une taie très-ancienne qui couvrait toute l'étendue de la cornée et interceptait totalement le passage de la lumière. La transparence se rétablit dans le point que j'avais aminci avec le bistouri, et cette personne put par la suite très-bien distinguer les objets. »

Soit que l'observation de Larrey eût échappé à Demours, soit qu'il n'en tînt pas plus de compte que des autres, ce fut quelques années après qu'il porta sur l'opération le jugement que nous avons rapporté, en s'appuyant à la fois et sur les deux observations de son père, et sur une autre plus récente. Celle-ci concernait une dame qui portait un albugo, ou même une cicatrice de la cornée (car l'auteur n'est pas très-précis à cet égard), avec adhérence de l'iris à la cornée. On avait essayé en 1815 d'enlever *un peu de la cicatrice* pour en diminuer la difformité; cela avait mal réussi, et un an plus tard, il y avait une protubérance légère qui menaçait d'augmenter, et depuis cinq mois il se formait tous les matins une petite phlyctène ou hydatide sur le bord interne de la tache. D'ailleurs pas d'autre détail. (*Ibid.*, obs. 184.)

Ce dernier fait n'a guère d'intérêt que pour nous faire voir l'opération pratiquée encore

(1) *Ouvr. cité*, p. 300, *obs.* 182.

(2) *Mémoires de chirurgie militaire*, 1812; t. I. p. 214.

en France en 1815, et l'on voit que Winderling n'est que le dernier représentant de cette chaîne traditionnelle qui remonte à l'époque de Saint-Yves presque sans interruption.

Maintenant comment se fait-il que ces tentatives persévérantes soient restées tellement ignorées des chirurgiens modernes? Je suis bien obligé de confesser à cet égard ma propre ignorance; mais je ne sache pas que ni en France et à l'étranger il en ait été fait mention dans aucun traité de médecine opératoire. Même dans les écoles ophtalmologiques allemandes, elles paraissait tout à fait inconnues, lorsque le professeur Rosas à Vienne tenta les derniers essais avant les miens dont il me reste à parler.

On sait qu'après l'ablation du staphylôme de la cornée, il se forme d'abord une membrane mince, transparente, laissant au sujet un degré de vision variable, jusqu'à ce que les progrès de l'organisation la rendent opaque en l'épaississant. M. Rosas se demanda s'il ne serait pas possible d'arrêter l'organisation de cette membrane à la période translucide; et cette idée, longtemps restée à l'état d'hypothèse, parut jusqu'à un certain point se réaliser sur un sujet reçu à l'Institut clinique de Vienne en 1833. C'était un homme qui avait la cornée entièrement opaque, à l'exception d'un étroit espace, de l'étendue de la pupille, situé au centre de la cornée, et laissant passer assez de jour pour que cet homme qui avait l'autre œil perdu par atrophie, eût pu servir de guide à un aveugle depuis la Moravie jusqu'à Vienne.

Dès lors M. Rosas n'hésita plus, et en 1833 et 1834, il pratiqua l'abrasion de la cornée sur deux sujets; chez l'un l'abrasion fut superficielle, mais très-profonde chez l'autre. Le traitement consécutif consista en applications saturnines. Les résultats furent encourageants. A la vérité l'un des sujets obtint d'abord une amélioration notable, qui disparut complétement à la suite d'une nouvelle ophtalmie; mais l'autre conserva sa cornée claire et transparente, et six mois après il n'avait encore rien perdu. Il paraît que depuis d'autres essais furent tentés avec moins de bonheur; mais enfin dans l'année 1841-42, le docteur Gulz, élève de la clinique, obtint un nouveau succès qu'il publia dans un journal de Vienne. J'ignorais jusqu'au nom de ce journal, lorsque M. Gulz qui me faisait l'honneur de suivre ma clinique, et qui a examiné mes opérés, m'apprit lui-même qu'il m'avait devancé, et me communiqua son travail. Voici donc son observation telle qu'elle m'a été traduite de l'allemand par M. Oulmont, l'un des internes les plus distingués de nos hôpitaux.

Obs. VII. — *Opacité de la cornée à la suite d'une ophtalmie purulente; abrasion; kératocèle consécutif avec persistance de la vision* (1).

Salomon Maschkovitz, juif hongrois, âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatique et portant encore des traces de scrofules, sujet, par sa profession de tailleur, à contracter fréquemment la gale, jouissait toutefois généralement d'une bonne santé. Deux ans auparavant, ayant couché plusieurs nuits avec un de ses camarades qui avait les yeux chassieux, il avait été pris de démangeaisons incommodes dans les yeux suivies bientôt de douleurs brûlantes et d'un écoulement abondant de mucosités; à la suite d'un bain froid tous ces symptômes s'accrurent, et le forcèrent à entrer à l'hôpital des *Frères de la Miséricorde* à Ofen. Malgré un traitement énergique, la vision demeura perdue, et, 18 mois après, tout ce qu'il pouvait était de distinguer la lumière des ténèbres. Sauf la douleur qui était bien moindre, les autres symptômes persistaient; et de plus, l'œil gauche avait graduellement augmenté de volume. Les choses restèrent en cet état durant quelques mois, lorsqu'un matin, à sa grande joie, il s'aperçut qu'il distinguait les objets de l'œil gauche. C'est alors qu'il vint à Vienne, où il commença par contracter la gale et la chaudepisse; et après s'en être guéri, il fut admis à notre clinique.

Il existait sur les conjonctives des deux yeux des granulations molles et charnues. La cornée du côté droit était aplatie et opaque dans toute son étendue, bien que l'œil eût gardé la perception de la lumière. Sur l'œil gauche existait un staphylôme de la cornée dont le

(1) *Osterreische Medicinische Wochenschrift*, n° 24, juin 1842.

sommet aplati présentait un point brillant, transparent, d'une demi-ligne de diamètre, comme si la cornée eût été amincie d'un coup de rabot; c'est par ce point que se faisait la vision, assez bien rétablie pour permettre au malade de distinguer les couleurs. Après avoir fait disparaître les granulations, je procédai à l'excision de la cornée de l'œil droit, sous la direction du professeur Von Rosas, de la manière suivante :

Les paupières étant fixées par un aide, un couteau à cataracte fut porté près du centre de la cornée et enfoncé obliquement, en suivant avec attention les mouvements de l'œil, de façon à ressortir de l'autre côté et à séparer les lamelles les plus superficielles de la cornée. Cette manœuvre fut répétée jusqu'à ce que je fusse arrivé aux couches profondes, et que j'eusse obtenu un espace parfaitement transparent, d'une ligne et demie de diamètre. Je me servais alternativement du couteau à cataracte à double tranchant de Rosas et du couteau pyramidal de Beer. Vers la fin de l'opération, qui dura un quart d'heure, il fallut la plus grande précaution pour ne pas pénétrer dans la chambre antérieure; j'utilisai alors très-avantageusement la pince à griffes de Blœmer, et les petits ciseaux de Louis.

Immédiatement après l'opération, la vision était redevenue assez nette pour permettre au malade de distinguer de petits objets comme les aiguilles d'une montre. Le traitement consécutif consista dans un régime sévère et dans des applications de glace sur l'œil opéré. Le malade avait été mis dans une chambre obscure. Au bout de huit jours on prescrivit un collyre avec l'hydriodate de potasse (1 grain par once) remplacé plus tard par le sel ammoniac à la même dose.

Les choses allaient au mieux et tout promettait un beau succès, lorsque, au bout de quatre semaines, à la suite d'un écart de régime ou d'un refroidissement, le malade fut pris d'une ophtalmie violente qui s'étendit à l'iris et à la cornée; celle-ci devint le siége d'une distension irrégulière (*kératocèle multiplex*), de manière à faire craindre sérieusement sa rupture. Des saignées générales et locales, des lotions alumineuses à la glace, le calomel à l'intérieur triomphèrent des accidents. La vision se rétablit, et cinq mois après elle persistait encore au même degré.

Dans une chambre bien éclairée, le malade peut distinguer les plus petits objets; mais ceux-ci lui paraissent un peu grossis, et il est obligé de les regarder de très-près. Il est bon d'ajouter que la difformité de l'œil est bien moindre, et qu'il se rapproche beaucoup de l'aspect normal.

Une objection qu'on a faite à cette observation, c'est qu'elle ne va pas assez loin; et qu'il est fort à craindre que la portion pellucide n'ait fini par devenir opaque; que le kératocèle ne faisant des progrès ne donne lieu à la hernie de l'iris, etc. Je me bornerai à dire que lorsque M. Gulz vint à Paris au milieu de 1843, il m'assura que la vision persistait encore chez son malade, environ dix-huit mois après l'opération. Au reste, je n'ai guères fait jusqu'ici que reproduire les faits sans en rechercher les conséquences; j'y reviendrai donc en même temps que je rapporterai les miens propres; ce sera l'objet de la seconde partie de ce travail.

Mémoire sur les hernies étranglées réduites en masse; *par* **M. James Luke**, *chirurgien à l'hôpital de Londres, etc.*—Lu à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, le 25 avril 1843 (1).

Parmi les accidents nombreux et variés qui peuvent se montrer dans le cours d'un étranglement herniaire, il en est un si peu soupçonné de la généralité des chirurgiens, et cependant d'une nature si grave lorsqu'on n'a pas su de bonne heure le reconnaître et le combattre, que j'espère n'avoir pas fait une chose inutile ou superflue en soumettant à la Société mes observations suivies de quelques remarques sur ce sujet.

Cet accident survient durant l'application du taxis, surtout quand ce sont les malades eux-mêmes qui cherchent à réduire leur hernie, mais quelquefois aussi sous la main du

(1) Ce Mémoire a été communiqué à la Société royale par sir Brodie, et inséré da les *Medico-Chirurgical Transactions* de cette Société, où il n'occupe pas moins de 29 pages. La différence de format nous a permis de le donner ici traduit en entier.

chirurgien quand celui-ci emploie trop de force, dans des cas où déjà il y a prédisposition. Il arrive alors que la hernie est refoulée au delà des anneaux avec le sac qui l'enveloppe, celui-ci continuant à étrangler les parties qu'il renferme, au même degré et de la même manière qu'avant la réduction. Les Français ont appelé cette sorte de réduction, *réduction en masse* ou *réduction en bloc.* Mais les chirurgiens anglais semblent avoir considéré cet accident comme si rare qu'il devait à peine exercer quelque influence sur la pratique ordinaire. Aussi les recueils chirurgicaux de notre pays sont-ils presque absolument stériles en faits de ce genre, et nos écrivains les meilleurs et les plus accrédités sur les hernies gardent à cet égard un complet silence, ou se bornent à reproduire des exemples empruntés aux chirurgiens d'autres pays, où la *réduction en masse* a excité une attention plus sérieuse.

Bien que, d'après ces circonstances, il y ait lieu d'admettre que cette réduction n'est pas en effet bien commune, cependant je suis porté à croire qu'elle est moins rare qu'on ne le suppose généralement, et qu'elle est au moins assez fréquente pour prendre place parmi les probabilités ordinaires, n'attendant que des circonstances favorables à son développement.

J'ai été amené à cette conclusion par la rencontre de cinq cas de réduction *en masse* que j'ai eu occasion de voir ; et il est d'autant plus désirable de la voir répandue et adoptée, que toute erreur alors empêche de mettre en œuvre les seuls moyens capables de sauver le malade.

L'un de ces cas se présenta chez un sujet d'environ 50 ans qui avait été reçu à l'hôpital de Londres pour un ulcère de la jambe. Il était porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite, laquelle sous l'influence de quelque effort sortit et s'étrangla lorsqu'il était à l'hôpital. Les internes (*House-dressers*) la réduisirent sans difficulté, et les symptômes de l'étranglement disparurent. Quinze jours après, la hernie s'étrangla de nouveau; cette fois il la réduisit lui-même ; mais l'étranglement persista, et les symptômes devinrent de plus en plus graves jusqu'à la mort, qui arriva quelques jours après, immédiatement après un effort pour aller à la selle. Deux autres cas ne furent soumis à mon examen qu'après la mort.

Tous ces cas semblaient s'accompagner de circonstances toutes semblables. Ainsi dans tous il s'agissait d'une hernie inguinale oblique, réduite par les propres efforts du malade. La nature de l'affection était demeurée inconnue pendant la vie; et, dans les trois cas, l'autopsie découvrit une tumeur herniaire dans le voisinage de l'anneau interne, repoussée derrière les parois abdominales, mais restée en dehors du feuillet péritonéal. En ouvrant la tumeur, constamment on trouvait le fond du sac au-dessous du niveau de l'anneau, tourné du côté du bassin; les parties contenues en état de gangrène, et l'étranglement opéré par le collet du sac.

Le premier cas que j'eus enfin à traiter arriva sur un cocher âgé de 30 ans, homme trapu et bien musclé qui, conduisant sa voiture dans une des rues les plus fréquentées de Londres, sentit sa hernie s'échapper à travers l'anneau inguinal gauche, mais sans douleur. Il exerça immédiatement la compression sur la tumeur, sans descendre de son siége, et la réduisit aussitôt.

Il n'y songeait donc plus lorsque, étant rentré chez lui une heure après, il commença à ressentir de la douleur dans les intestins, suivie de malaise général. Un médecin fut appelé et prescrivit divers remèdes sans aucun résultat. Au contraire, les douleurs allèrent toujours en augmentant, et le malade fut admis à l'hôpital de Londres dans la nuit du 30 août 1839, plus de trois jours après l'apparition des premiers symptômes.

Les douleurs abdominales étaient alors fort intenses, et il y avait une grande prostration des forces. L'abdomen était distendu par des gaz ; les vomissements de matières fécaloïdes se répétaient fréquemment; et la constipation avait opiniâtrement résisté aux purgatifs administrés avant son entrée. Le pouls était faible et la face pâle et anxieuse.

Il raconta que depuis plusieurs années il était atteint d'une hernie considérable du côté gauche, pour laquelle il avait presque constamment porté bandage. Quant aux détails de son récent accident, il les donna comme ils ont été rapportés plus haut.

Tout d'abord les personnes de service et moi-même nous soupçonnâmes que la hernie avait été réduite en masse, et que l'étranglement persistait. Nous examinâmes donc avec soin les anneaux inguinaux et le canal, dans l'espoir de découvrir quelque indice local pour nous diriger; mais on ne put rien apercevoir. Les anneaux inguinaux, des deux côtés, n'offraient aucune apparence de tumeur; le canal était vide. Il n'y avait même aucune sorte de gonflement de l'abdomen au voisinage de l'anneau; et la pression sur cette région ne déterminait pas plus de douleur du côté gauche que du côté droit.

Le cas demeurant aussi incertain, je me déterminai à attendre le résultat d'une consultation que je demandai pour le lendemain; je prescrivis seulement une potion qui fut aussitôt rejetée par le vomissement.

La consultation eut lieu le 31 août; en l'absence d'indications plus claires, il fut jugé plus prudent de s'abstenir de toute opération; le traitement consista dès lors dans l'administration du calomel uni à l'opium. Ne voulant pas laisser le malade sans quelque effort pour le sauver, je restai à l'hôpital, le visitant de temps à autre, suivant les progrès du mal avec anxiété, et, après un intervalle d'environ trois heures, j'arrivai à la détermination de pratiquer une opération explorative, en m'appuyant surtout sur cette idée qu'une pareille opération n'amènerait aucun nouveau danger matériel, jusqu'à ce que j'eusse découvert une hernie et ouvert le sac pour débrider. Mais ce projet ne fut point mis à exécution, attendu que, lorsque j'en voulus parler au malade, il m'assura positivement qu'il avait obtenu la réduction avec une pression très-légère et sans la moindre douleur; circonstances tout à fait opposées à celles qui sembleraient généralement devoir précéder ou accompagner la réduction d'une hernie en masse.

Le soir, étant dans la nécessité de quitter Londres pour quelques jours, je confiai le malade au chirurgien-assistant, qui dirigea le traitement pendant mon absence. A mon retour, le 4 septembre, tous les symptômes étaient devenus beaucoup plus alarmants; une tuméfaction développée sur le trajet du canal inguinal nous fournissait aussi une indication locale; et je n'hésitai pas à proposer et à pratiquer sans délai l'opération à laquelle j'avais songé.

Une incision fut faite sur le lieu du gonflement; il s'en écoula une quantité de liquide sanieux de très-mauvais caractère; c'était l'infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire qui avait produit la tuméfaction. En continuant l'incision vers l'anneau interne, je mis à nu une membrane d'un aspect terne, verdâtre, dont la surface tendue et arrondie dépassait les limites de mon incision. On reconnut le sac herniaire qui fut conséquemment ouvert; il renfermait une quantité considérable d'intestin gangrené, et dans un état de ramollissement tel qu'il céda sous la pression du doigt introduit pour reconnaître le siége de l'étranglement. Je n'y parvins qu'avec beaucoup de difficulté, à cause de la distance qui le séparait de l'incision extérieure; je finis cependant par l'atteindre et y introduire le doigt; mais en retirant celui-ci, il fut suivi d'un écoulement de matière fécale qui exigea une incision plus étendue. Une libre issue fut ouverte à l'écoulement par l'agrandissement de la plaie extérieure, et le malade fut reporté dans son lit. Un cataplasme de pain bouilli fut appliqué sur la partie, et des stimulants administrés par la bouche.

Un écoulement abondant continua à se faire jour par la plaie pendant deux jours, après quoi la mort survint le 6 septembre.

L'autopsie permit de voir bien mieux le large sac herniaire mis à nu durant l'opération. Il occupait un espace considérable immédiatement derrière les parois abdominales, au voisinage de l'anneau interne. Le fond du sac était un peu au-dessous du niveau de l'anneau, tourné vers la cavité pelvienne, tandis que le collet, encore contracté, et qui avait été manifestement le siége primitif de l'étranglement, se trouvait dirigé en haut, du côté de l'ombilic, à trois ou quatre pouces de distance de l'anneau interne. Tout l'intestin contenu dans le sac était gangrené, vide, affaissé et ramolli.

Le deuxième cas se rencontra chez un respectable boulanger, âgé de 50 ans, et qui était aussi d'une forte musculature. Il portait depuis plus de vingt ans une grosse hernie inguinale droite; et depuis environ quatre ans, une petite hernie à gauche. Le 6 janvier 1843, vers sept heures du soir, en retirant le pain du four, il fut pris brusquement d'une dou-

leur vive, s'étendant du voisinage de l'anneau interne en travers de l'abdomen; la hernie s'était échappée sous la pelote de son bandage. La douleur fut promptement suivie de nausée et de vomissement. Il appliqua sur la hernie des fomentations chaudes; et, après quelque temps, ayant essayé de la réduire, il crut avoir réussi, car la tumeur avait disparu. Le vomissement, toutefois, continua toute la nuit et le lendemain. Le malade eut recours à une dose de sel d'Epsom, qui ne lui procura pas le soulagement qu'il attendait; on appela alors le médecin de la famille, auquel le malade, pensant avoir affaire à une maladie *bilieuse* ordinaire, ne dit pas un mot de sa hernie. La nature des symptômes porta néanmoins l'homme de l'art à diriger ses investigations de ce côté; ce fut ainsi que l'existence de la hernie fut connue; et l'examen de la région inguinale fit soupçonner que l'étranglement persistait. Les choses en étaient là quand je fus appelé en consultation, le 7 janvier, à neuf heures du soir.

Je trouvai le malade couché dans son lit, calme et indifférent, la figure offrant peu d'anxiété, le pouls, en apparence, à l'état normal. La langue était sèche au centre; le ventre médiocrement gonflé, et indiquant fort peu de douleur à la pression. On m'informa, toutefois, que, depuis la nuit précédente, tout ce qu'il prenait par la bouche avait été rejeté par le vomissement, et qu'il n'y avait pas eu de selles.

En explorant les régions inguinales, je trouvai que la hernie droite était descendue dans le scrotum qu'elle distendait largement; elle n'était pas douloureuse et se réduisait aisément. Du côté gauche, il n'y avait aucune tumeur perceptible à la vue; mais en pressant avec la main, on sentait obscurément vis-à-vis l'anneau inguinal interne, une tumeur légèrement arrondie à sa surface, mais sans limites précises. En appuyant dessus, on la repoussait plus profondément dans l'abdomen, et elle causait un peu de douleur. Nous conclûmes, sans hésiter, que la hernie étranglée avait été réduite en masse, et que de là provenait la persistance des symptômes de l'étranglement.

En conséquence, je fis mettre le malade debout, et lui ordonnai de tousser et de faire des efforts, dans l'espoir de faire ressortir la hernie. Ces essais ayant échoué, je proposai une opération explorative comme le seul moyen probable d'arriver à un diagnostic positif, sauf à détruire l'étranglement, si nos soupçons se trouvaient fondés. Mais pour ne rien précipiter dans un cas si incertain, nous crûmes pouvoir différer de quelques heures, afin d'essayer d'abord quelques remèdes; et le rendez-vous fut pris pour le lendemain, à neuf heures du matin. Dans l'intervalle, nous prescrivîmes 2 grains de calomel avec un quart de grain d'opium, à prendre toutes les deux heures; et dans les heures intermédiaires, 2 gros de sel d'Epsom dissous dans l'eau de menthe poivrée.

8 janvier, 9 heures du matin.—Le malade dit qu'il va mieux. Il a gardé toutes les boissons qu'on lui a fait prendre pendant la nuit, et n'a eu ni vomissements ni douleurs dans l'abdomen. La tumeur que l'on sentait hier obscurément sous l'anneau interne, a entièrement disparu, et il n'en reste aucune trace au lieu qu'elle occupait. La pression avec la main y détermine seulement un peu de douleur, mais beaucoup moins que la veille. Le malade a dormi à plusieurs reprises, et a pris du thé de temps en temps. Le pouls est bon et la langue moins sèche.

Ces symptômes favorables me firent penser que je m'étais trompé dans mes conjectures. L'absence des selles indiquait cependant quelque danger; nous prîmes donc rendez-vous pour le soir, et nous fîmes continuer l'usage du sel d'Epsom dans l'eau de menthe, supprimant le calomel et l'opium.

A trois heures après midi, je fus rappelé. Le vomissement était revenu vers midi, et, depuis cette heure, l'estomac n'avait rien pu garder. La face était pâle et anxieuse, la langue très-sèche; le pouls faible et intermittent, le ventre tuméfié et douloureux; et les liquides vomis ressemblaient à des matières fécales. Il n'existait toujours pas la moindre trace de tumeur dans la région de l'anneau. Vu ce retour de symptômes si graves, je proposai une opération explorative qui fut acceptée et pratiquée immédiatement.

Le malade étant couché, les épaules d'un côté du lit, les jambes soutenues par des oreillers, on fit une incision de trois à quatre pouces d'étendue en traversant un pli

des téguments le long du canal inguinal; et l'on mit ainsi à découvert l'aponévrose de l'oblique externe, l'anneau inguinal externe, le cordon spermatique. Un doigt fut alors introduit par l'anneau pour voir si quelque tumeur occupait le canal; on ne rencontra rien de semblable. Le canal fut alors ouvert; le cordon spermatique était à l'état normal, sauf un petit lobule de graisse qui recouvrait sa partie supérieure. En poursuivant l'exploration vers l'anneau interne, on aperçut, au côté interne du cordon, une membrane celluleuse d'une texture plus dense qu'il n'est ordinaire d'en voir dans cette région; et un examen attentif la fit reconnaître pour une poche dont la cavité était vide, assez ample d'ailleurs pour contenir un petit œuf. On présuma que cette poche avait servi d'enveloppe au sac herniaire, et qu'elle se trouvait vide précisément par le fait de la réduction du sac qui devenait de plus en plus probable. Un doigt introduit dans cette poche pénétra dans l'anneau interne dont on sentait distinctement les bords larges, solides et bien limités. En enfonçant le doigt un peu plus profondément dans l'abdomen, on découvrit immédiatement une tumeur dont la surface arrondie et rénitente fut ensuite mise à nu et parut colorée en noir. Il était clair qu'on était arrivé cette fois sur le sac herniaire, et la réduction en masse n'était plus équivoque. Un nouvel examen démontra que le siége de l'étranglement était à une profondeur considérable, à partir de l'anneau interne, et probablement à plus de deux pouces des parois abdominales.

Ce point éclairci, on divisa largement le bord de l'anneau interne, de manière à pouvoir attirer facilement la tumeur herniaire dans le canal inguinal, et à l'ouvrir ainsi sans danger. Le sac contenait une petite quantité de liquide fortement coloré en noir, et environ six pouces de petit intestin d'une teinte rouge sombre, avec une petite tache blanche à sa surface, et qui se trouvait étranglé par le collet du sac. L'étranglement fut clairement reconnu et aisément débridé; après quoi l'intestin fut réduit sans délai, et la plaie réunie par deux sutures et un emplâtre agglutinatif.

La division étendue des parois abdominales nécessitait plus de précautions que de coutume pour s'opposer à l'échappement de l'intestin; et, en conséquence, on appliqua sur la partie des compresses graduées, maintenues par des bandes.

Après l'opération, le pouls s'étant affaibli, on donna au malade un peu de vin et d'eau; mais aucune autre potion.

A 9 heures du soir, le pouls avait repris de la force, et la douleur du ventre avait diminué. Le malade avait pris un peu de pain et de lait, qu'il aimait beaucoup, et n'avait pas vomi, bien qu'il eut eu quelque soulèvement vers la gorge. Lors de notre visite, il y eut une petite selle, et le malade pensait qu'il pourrait en rendre davantage, mais il craignait de faire des efforts. On prescrivit 2 grains de calomel avec un quart de grain d'opium pour être pris à 10 heures et répétés à 4 heures du matin. Un lavement fut également ordonné au cas où il ne surviendrait pas une selle copieuse.

9 *janvier*, 8 *heures du matin.* — Peu après notre dernière visite de la veille, le malade avait eu une bonne selle, et le lavement n'avait point été administré. Depuis lors, il n'y avait pas eu moins de 10 ou 12 évacuations. Le pouls était bon, la peau sans chaleur fébrile, la douleur abdominale entièrement disparue, et le malade tout à fait bien. Il avait pris du lait coupé fréquemment pendant la nuit, et n'avait rien rejeté.

13 *janvier*. — L'amélioration avait été en croissant depuis le 9. En pansant la plaie, on la trouva presque entièrement réunie par première intention. Le 16 janvier, la plaie était guérie, et l'opéré en parfait état.

L'étude des observations qu'on vient de lire est bien propre à fournir au praticien des données utiles, non-seulement pour le diagnostic, mais encore pour le traitement des cas analogues.

Et d'abord, on peut noter que l'excellente pratique adoptée par tout chirurgien prudent, dans les cas douteux d'obstructions intestinales, d'examiner toutes les ouvertures propres à donner passage à une hernie, pourrait conduire à une conclusion erronée, si l'on n'avait soin, en même temps, de s'enquérir des antécédents de la maladie. L'opinion du chirurgien, dans ces sortes d'explorations, est d'ordinaire influencée par l'absence ou

la présence d'une tumeur, et il en tire des conséquences négatives ou affirmatives. Or, quelque juste que soit la conclusion affirmative quand elle est fondée sur la présence d'une tumeur, la négative, en cas d'absence, ne doit être admise qu'avec réserve, et en se souvenant qu'une hernie réduite en masse continue à être étranglée, bien qu'il n'y ait pas de tumeur au dehors. Conclure donc de l'absence de tumeur à la non-existence d'une hernie, serait dans certains cas extrêmement dangereux. On agira alors avec plus de sécurité en s'enquérant s'il y a existé précédemment une tumeur dans ces régions; et s'il y en avait une en effet, dans quelles conditions elle s'est montrée, si elle était dure ou non, si elle était exempte de douleur, de quel degré de force on a usé pour la réduire, et comment cette force a été employée. De cette manière, on pourra, non-seulement déterminer le rapport des symptômes avec un étranglement herniaire, mais encore établir ou rejeter l'idée d'une réduction en masse. Si l'on a lieu de soupçonner pareil accident, alors le chirurgien sera en mesure de pousser plus loin ses investigations et de chercher, pour asseoir son diagnostic, des données que l'on néglige dans les cas ordinaires.

Il y a alors deux ressources: la première consiste dans une exploration minutieuse par le toucher, sans incision; et si cette exploration tend à confirmer les présomptions antérieures, on aura recours à la seconde, c'est-à-dire à l'incision. Recherchons séparément les indications que peuvent fournir ces deux moyens.

Dans l'examen par le toucher, il est quelques circonstances qui demandent une attention particulière; ce sont celles qui se rattachent aux changements produits dans la région par la présence antérieure d'une hernie; et il en est d'autres qui servent à corroborer les conséquences déjà déduites de celles-là.

Tout le monde sait qu'un sac herniaire, sorti de l'abdomen, contracte promptement des adhérences avec les parties ambiantes, et n'est pas, en général, susceptible de réduction. C'est une loi si constante que quelques chirurgiens doutent qu'elle puisse subir des exceptions durant les manœuvres ordinaires du taxis; mais il serait superflu d'établir la possibilité de ces exceptions, quand l'état des parties s'y prête.

Une circonstance digne de remarque, c'est que la solidité des adhérences du sac aux parties ambiantes, n'est point en proportion du temps qu'a duré la hernie, comme on s'y attendrait *à priori*; car, dans tous les cas rapportés, la hernie datait de plusieurs années; et dans tous, cependant, la réduction s'en opéra sans beaucoup de force.

Donc la présence du sac herniaire, même vide de tout contenu, occasionne une épaisseur anormale, qu'il est facile de constater par le toucher. L'absence de cette épaisseur dans la partie, quand on sait qu'il y a eu une hernie auparavant, conduit nécessairement à cette conclusion que le sac a changé de place et qu'il a été probablement réduit avec la hernie.

Dans la hernie inguinale, le sac, au-dessous de l'anneau externe, adhère au cordon spermatique, d'où il suit que ce dernier ne donne au toucher qu'une sensation indistincte et obscure. Si l'on suit distinctement le cordon, c'est donc que le sac qui le masquait a été déplacé; tandis que si la sensation demeure obscure et confuse, on a lieu de conclure à la présence du sac.

Quand une hernie sort librement de l'abdomen, l'ouverture qui lui livre passage est toujours élargie et dilatée. Cette circonstance, facile à constater avec le doigt, aura son degré d'utilité pour le diagnostic. Ainsi, une large ouverture permet de conclure l'existence d'une hernie antérieure.

Dans les cas ordinaires où la hernie seule est réduite sans le sac, celui-ci occupe toujours l'ouverture, dont les bords ne sont plus aussi nettement sentis. Si donc on trouve une ouverture large, tout à fait libre, avec des bords nettement accusés, il en résulte, non-seulement la présomption évidente d'une hernie antérieure, mais encore la preuve du déplacement du sac herniaire et de sa réduction probable dans l'abdomen. Des circonstances contraires amèneront à des conclusions contraires.

Ce sont là, je crois, les seules données utiles au diagnostic que l'on puisse tirer des changements amenés par la descente antérieure de la hernie, au niveau ou au-dessous

de l'anneau inguinal. L'exploration du canal inguinal ne peut aboutir à rien, à moins qu'on ne découvre une tumeur dans son trajet, ce qui rendrait le diagnostic d'une évidence parfaite; mais ce serait un cas tout différent de celui dont nous nous occupons exclusivement, et dans lequel il n'y a à l'extérieur aucune apparence de tumeur.

Toutefois, en poursuivant l'exploration immédiatement au-dessus du siége de l'anneau interne, on peut quelquefois obtenir certaines notions propres à confirmer le fait de la réduction en masse. Ainsi, quand la réduction a eu lieu, il se peut faire que l'inflammation de la hernie développe une douleur circonscrite dans le siége qu'elle occupe; et encore qu'un certain engorgement, ou même que la forme arrondie de la hernie profondément cachée sous les parois abdominales se révèle à un examen minutieux. Mais l'absence complète et de cette douleur circonscrite et de cet engorgement ou de cette tumeur ne suffirait point pour nier la réduction en masse; car ni l'une ni l'autre n'existaient dans notre première observation, où cependant l'on trouva plus tard, dans cette région même, une masse d'intestin étranglé.

Si les circonstances justifient le soupçon d'une réduction en masse, elles justifieront aussi les tentatives pour faire ressortir la tumeur, ce qui ôterait toute incertitude au diagnostic. En conséquence, et d'après l'avis des chirurgiens les plus expérimentés en cette matière, on placera le malade debout, et on lui dira de tousser fortement, de pousser, de faire des efforts. Cela réussira probablement lorsque la hernie se sera arrêtée dans le canal ou à l'anneau interne; mais si elle est tout à fait rentrée dans l'abdomen, comme dans les cas ci-dessus rapportés, les chances de réussite seront bien moindres; et il faut se donner de garde de conclure trop facilement à la non-réduction en masse, par la non-réapparition de la tumeur.

Il est à regretter que l'exploration locale ne fournisse que des renseignements si obscurs et des conclusions trop souvent incertaines. Cette incertitude explique de reste pourquoi les chirurgiens, en pareil cas, se refusent généralement à recourir à d'autres ressources, et à soumettre le malade à la douleur certaine et au danger possible d'une opération explorative. Et pourtant, il faut bien le dire, cette répugnance peut empêcher de mettre en usage les seuls moyens de sauver le malade. Nous pensons donc que, quand l'opération explorative est seule capable d'écarter tous les doutes, il est du devoir du chirurgien de faire céder ses répugnances devant l'urgente nécessité du cas, et de ne pas se laisser arrêter par la considération toute personnelle qu'il peut lui arriver de faire une opération inutile. Il faut se rappeler qu'il est infiniment préférable de tenter quelque chose, dût-on échouer, que de ne rien faire du tout; et que l'inaction du chirurgien peut être plus fatale au malade que toutes les incisions auxquelles on devra le soumettre.

Sans aucun doute, si l'opération explorative exigeait qu'on ouvrît le péritoine, ce serait là une objection sérieuse, et l'on demanderait, avec quelque apparence de raison, s'il est plus prudent d'exposer le malade au danger certain et reconnu de l'opération, que de lui laisser courir les dangers de la maladie qui sont incertains et inconnus, et qui peut-être seront conjurés par d'autres moyens. Mais, sans nier la gravité de l'ouverture du péritoine, toute l'objection qu'on en peut tirer tombe devant ce seul fait, qu'il n'est ni nécessaire ni même utile d'y recourir avant que l'existence de la hernie étranglée soit devenue tout à fait manifeste; et que le diagnostic une fois bien établi, le danger de l'ouverture du péritoine cesse d'être une objection à côté de son évidente nécessité.

En procédant à l'opération explorative, on ne saurait donc apporter trop d'attention à diriger les incisions de manière que le diagnostic en soit rendu clair et palpable, autant que possible, avant d'arriver à la surface du péritoine. Les données à rechercher sont, pour la plupart, les mêmes que dans l'exploration par le toucher; avec cette différence que la division des téguments permettra de les obtenir bien plus exactes. Ainsi, en mettant à nu l'anneau inguinal externe, on s'assurera de l'étendue de son ouverture en rapport avec les parties qui le traversent. S'il n'a que sa largeur normale, il n'aura pas livré passage à une hernie; s'il est plus dilaté, et occupé en outre par un sac vide, il ne

restera aucun doute ni sur l'existence de la hernie, ni sur sa réduction régulière, le sac demeurant au dehors. Mais si l'anneau, avec une largeur inaccoutumée, n'est traversé que par le cordon, si ce cordon est libre et distinct, sans être masqué par un sac herniaire, si l'on ne trouve qu'un vide là où l'histoire antérieure de la maladie devait faire trouver une tumeur, il y a une forte présomption que la hernie a été réduite avec son sac.

En poursuivant l'exploration, on ouvre maintenant le canal inguinal. Nous avons dit que l'examen par le toucher n'en peut retirer aucune lumière, à moins que la tumeur n'y soit contenue ; mais l'incision, en le soumettant à la fois à la vue et au toucher, est bien autrement avantageuse. Elle peut fournir des indications d'une nature décisive ; et je tiens pour mon compte que l'étude attentive de l'état des parties dans ce canal est de la plus haute importance.

On se souvient que la hernie inguinale oblique ordinaire, dans son passage à travers le canal, glisse en avant du cordon spermatique. Le sac herniaire demeuré vide par la réduction de son contenu, occupe la même position relative, et conséquemment recouvre et masque le cordon, après que le canal a été ouvert. Si les choses ne se montrent pas ainsi, dans un cas où l'existence antérieure d'une hernie est bien constante, et si le cordon se dessine nettement et distinctement à la vue dans toute l'étendue du canal, nous sommes en droit de conclure que le sac ne le recouvre point, que ce sac a été réduit; et la réduction ne peut s'être faite ailleurs que dans l'abdomen.

Il est également bien connu de tous ceux qui ont opéré des hernies, qu'on trouve ordinairement le sac enveloppé immédiatement d'une poche ou capsule celluleuse condensée, qui, sous le bistouri, prend un aspect lamelleux, et passe fréquemment pour des couches du fascia. Cette capsule celluleuse n'a que peu de connexions avec le sac, et reste au dehors, même quand le sac a été réduit. Il sera bon, en conséquence, de s'assurer de l'existence de cette capsule ; si on la trouve, et qu'elle soit vide, cette circonstance sera tout à fait décisive, et nous fournira même une indication directe pour arriver jusqu'à la hernie. On ouvrira cette capsule ; on y introduira le doigt qui, étant ensuite porté à travers l'anneau interne, se trouvera derrière cet anneau en contact avec la hernie elle-même, puisqu'il aura suivi le même canal qu'elle a parcouru dans sa réduction. Cette capsule ne se rencontrera pas toujours, soit qu'elle échappe aux yeux à raison de sa ténuité, soit que, lorsque la réduction date déjà de quelque temps, l'inflammation l'ait oblitérée ou l'ait fait adhérer aux parties voisines ; mais, lorsqu'on la trouve, c'est une addition fort importante à nos autres moyens de diagnostic.

Arrivant à l'anneau interne, il faudra noter son étendue et les parties qui le traversent, et l'on en déduira les mêmes conséquences que pour l'anneau externe.

Jusqu'ici l'opération n'a offert aucun danger sérieux, n'a point encore touché au péritoine ; et pourtant elle a pu fournir des renseignements déjà très-concluants, ce qui suffit bien à la justifier. On peut objecter que ces renseignements ne servent qu'à établir une présomption plus ou moins forte, sans arriver à la certitude. Mais l'opération peut donner cette certitude, démontrer l'existence ou la non-existence d'une tumeur herniaire, sans rien ajouter au danger insignifiant qu'elle a fait jusque-là courir au malade. Il s'agit simplement d'introduire le doigt dans l'anneau interne, et de le porter ensuite d'un côté et de l'autre. S'il y a là une tumeur herniaire, on la reconnaîtra de prime abord, et on la trouvera située en dehors du péritoine, bien que derrière la paroi abdominale, et présentant une surface arrondie et tendue. S'il n'y a pas de tumeur, le doigt ne rencontrera que la surface unie du péritoine, adhérant aux parois abdominales tout autour de l'anneau. En supposant que quelque doute existe encore, une incision du fascia transversalis en dedans de l'anneau interne, en agrandissant cet anneau, exposera les parties à la vue, et donnera au diagnostic le dernier degré d'évidence, sans qu'il soit nullement besoin d'intéresser le péritoine.

La tumeur herniaire étant donc trouvée et reconnue, il faudra la ramener dans le canal inguinal, dans la position qu'elle occupait avant la réduction ; et pour cela débrider

l'anneau dans l'étendue nécessaire. On sera alors en mesure de l'ouvrir, et de disposer des parties qu'elle renferme selon l'état où on les trouvera, et d'ailleurs comme dans les opérations ordinaires. Il faut seulement alors se bien pénétrer des conditions indispensables à la production de la réduction en masse, parce qu'elles dominent toute la suite de l'opération. L'étranglement qui a persisté après la rentrée de la hernie dans le ventre est tout à fait indépendant des anneaux qui n'ont pas changé de place. C'est le collet du sac qui est alors l'agent réel et tout puissant de l'étranglement, et qu'il faut diviser de la même manière que si la hernie était restée au dehors. Dans tous les cas, on ouvrira le sac, et on débridera largement le collet, de manière à ne laisser aucun obstacle à une réduction régulière.

On se souviendra aussi que le sac a perdu ses connexions avec les parties ambiantes, et qu'il suivrait très-facilement dans le ventre les parties qu'on veut réduire, si l'on n'y prenait garde. On évitera tout danger de ce côté en portant le doigt dans le collet du sac après la réduction, et en s'assurant ainsi que les viscères sont parfaitement libres.

Outre les cas dont il a été question jusqu'ici, il peut encore arriver, mais plus rarement, qu'une hernie réduite continue à être étranglée autrement que par le collet du sac; et le diagnostic ne serait alors nullement éclairé par les indices que nous fournirait l'opération explorative. Ainsi, les parties herniées peuvent être disposées de telle sorte que les unes soient étranglées par les autres; ou bien encore l'étranglement peut être déterminé par des adhérences, ou par des ouvertures de l'épiploon ou du mésentère traversées par une anse d'intestin. Ces divers étranglements peuvent se produire aussi bien dans l'abdomen que dans un sac herniaire sorti au dehors. Dans ce dernier cas, le taxis peut être appliqué à l'ordinaire, et d'abord avec un succès apparent, attendu que ni l'anneau ni le collet du sac ne présentent d'obstacle suffisant pour empêcher la réduction. Toutefois, cette réduction, comme on le conçoit, n'amène pas le soulagement attendu; et une certaine ressemblance dans les cas de ce genre peut faire soupçonner une réduction en masse.

En vertu de cette présomption, on peut être conduit à pratiquer une opération explorative. Mais alors le chirurgien, à mesure qu'il avancera dans son opération, ne rencontrera aucun des signes de la réduction en masse que nous avons énumérés; et la présence du sac herniaire vide et recouvrant le cordon et les anneaux montrera suffisamment qu'il s'agit de toute autre chose. Il n'existe du reste aucune indication locale qui puisse alors assurer le diagnostic. Il est probable, si les parties étranglées restaient dans le voisinage de l'anneau, qu'on pourrait découvrir et sentir obscurément, surtout après l'ouverture du canal, une tumeur locale, douloureuse, occupant un espace circonscrit; et l'on pourrait tirer de cette exploration quelques conjectures sur la véritable nature du cas; mais l'ouverture du péritoine n'en demeurerait pas moins une opération très-problématique, et qui soumettrait le malade à toutes les chances du hasard.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

DE LA TÉNOTOMIE APPLIQUÉE *au traitement des luxations et des fractures;* par M. DELAVACHERIE, *professeur à l'université de Liége.*

Dans notre premier volume, nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs tous les documents connus jusqu'alors en France sur ce sujet (Voy. t. I, p. 293 et 341). Les résultats avaient été assez équivoques, et les succès plus que compensés par les revers. De plus, dans les cas même où l'on avait le mieux réussi, il manquait aux observations un renseignement essentiel, savoir, quel était l'état des forces musculaires à la suite de la section du tendon d'Achille; et jusqu'à ce jour personne ne paraît s'en être encore occupé. Bien que, soit à raison des revers essuyés, soit à cause de cette incertitude sur le résultat final des opérations mêmes les plus heureuses, nous soyons tout à fait contraire à

ce moyen, et que nous préférions de beaucoup la pression à l'aide des pointes, il convient cependant de recueillir tous les faits qui se produiront sur une question trop nouvelle encore pour être définitivement résolue; et c'est pourquoi nous mettons le suivant sous les yeux de nos lecteurs. Il a été communiqué à l'Académie royale de médecine de Belgique, et inséré dans le *Bulletin* de cette société.

Obs.—« Pierre Siquet, charretier, âgé de 33 ans, d'une forte constitution, se prit de querelle avec quelques individus, au sortir d'un cabaret où il s'était enivré dans la nuit du 1er novembre 1841. Une lutte s'étant engagée, il fut terrassé à plusieurs reprises. Les personnes qui vinrent à son secours le relevèrent pour le conduire chez lui; mais il ne put se tenir debout. Attribuant à son état d'ivresse la difficulté que cet homme éprouvait à rester sur les jambes, ces personnes le redressèrent de nouveau, mais en vain; il fallut le transporter à son domicile.

« Le lendemain, 2 novembre, Siquet est admis à l'hôpital civil de Liége, et placé dans le service de la clinique chirurgicale. L'élève de garde constate les blessures suivantes: 1° fracture de l'extrémité inférieure du péroné droit, accompagnée d'une déformation très-forte du pied et d'une tuméfaction considérable de tout le membre, surtout vers l'articulation tibio-tarsienne; 2° nombreuses contusions au cuir chevelu, à l'arcade orbitaire et à la paupière du côté gauche.

« Après une large saignée du bras, la jambe est mise dans un appareil et arrosée avec de l'eau saturnée; des compresses trempées dans le même liquide résolutif sont également appliquées sur les autres lésions.

« Lorsque je vis le malade, le 3 novembre au matin, je fus frappé de la déformation qu'offrait le membre dégagé de son appareil, et je présumai aussitôt qu'il y avait plus qu'une simple fracture. En effet, il existait:

1° Un raccourcissement très-notable de l'avant-pied, avec disparition du coude-pied;

2° Une saillie très-prononcée du bord antérieur de l'extrémité inférieure du tibia;

3° Une forte proéminence en arrière du talon, avec tension excessive du tendon d'Achille.

« A ces signes, je ne pouvais méconnaître une luxation du pied en arrière; ce qui confirma ce diagnostic, c'est que l'astragale avait disparu et que le tibia reposait en avant sur le scaphoïde et sur le premier cunéiforme. Le péroné était fracturé à un pouce et demi de son extrémité inférieure.

« Le malade fut transporté à l'amphithéâtre, où l'on procéda immédiatement à la réduction de la luxation. Des efforts rationnellement dirigés pendant plus de dix minutes restèrent sans effet. Le malade accusait de vives douleurs, car le membre était le siége de contusions très-fortes, à en juger par les ecchymoses d'un noir violacé qui tachaient toute la jambe et qui s'étendaient jusqu'au haut de la cuisse. En outre, le gonflement du pied n'avait fait que s'accroître depuis l'accident qui datait alors de trente-six heures. J'ordonnai de suspendre momentanément les tractions.

« Je n'avais pas encore pensé au parti que je prendrais dans le cas où de nouveaux efforts de réduction resteraient sans résultats, lorsque M. le docteur Louis Dejardin, l'un de mes anciens chefs de clinique, me demanda s'il n'y aurait pas lieu de pratiquer la ténotomie. J'accueillis avec empressement cet avis qui était ouvert très à propos; et, sans plus de réflexion, je fis la section du tendon d'Achille, qui, malgré la tuméfaction des parties, présentait une saillie très-prononcée. Cette résistance vaincue, je n'eus plus aucune peine à ramener l'astragale sous le tibia.

« Après l'opération, le membre fut placé dans l'appareil de Dupuytren, et soumis à des irrigations continues d'eau froide. Je prescrivis en même temps une diète absolue et l'usage des boissons délayantes.

« Le 8, cinquième jour de l'opération, le malade accuse de la sensibilité au-dessus du talon, à l'endroit de la piqûre faite par le ténotome. Les fâcheux résultats signalés par M. Laugier me revinrent alors à la pensée; mais je ne tardai pas à être rassuré sur l'état de Siquet qui se trouvait dans un calme parfait: son pouls était à peine fébrile. Prescription de cataplasmes émollients.

« Le 12, un petit point de fluctuation se montre à l'endroit douloureux. Ce foyer est incisé et il s'en écoule une quantité de pus très-minime. Les émollients sont continués.

« le 15, le volume du membre est notablement réduit, et la sensibilité a disparu. La plaie ne fournit presque point de suppuration. L'appareil ordinaire à fracture remplace celui de Dupuytren.

« Le 19, la jambe revenue à son volume normal est entourée du bandage inamovible dont je fais habituellement usage dans mon service de clinique. (Cet appareil est formé d'une couche d'emplâtre agglutinatif et de trois ou quatre couches de papier unies l'une à l'autre, au moyen de la bouillie d'amidon.) Enfin, le 21, la déambulation est permise à l'aide de béquilles.

« Le 10 décembre, trente-huit jours après la réduction de la luxation, le membre, dégagé de son appareil, montre que la consolidation de la fracture et l'agglutination des bouts du tendon sont effectuées. Il n'y a plus

de traces des désordres qui existaient dans l'articulation tibio-tarsienne, et les principaux mouvements s'exécutent sans difficulté.

« Le 20 décembre, Siquet sort de l'hôpital parfaitement guéri, après y être resté quarante-huit jours. Je lui recommande expressément de conserver pendant quelque temps encore un bandage contentif autour du pied et de l'articulation tibio-astragalienne. »

M. Delavacherie, quand il a lu son observation, ne connaissait encore que les observations de M. Laugier; plus un essai tenté par M. Dieffenbach, en 1839, pour réduire une luxation ancienne de l'humérus. Dans ce dernier cas, on coupa le grand pectoral, le grand dorsal et le grand rond; il ne survint aucun symptôme fâcheux; mais l'observation est infiniment trop incomplète pour qu'on puisse affirmer quel bénéfice en retira le malade. Là, du reste, n'est point la question. La luxation étant ancienne, il n'y avait plus ni inflammation locale, ni réaction générale à redouter; et c'est l'état récent des fractures qui complique étrangement une opération d'ailleurs assez insignifiante par elle-même. On voit même que le sujet de M. Delavacherie a eu un petit phlegmon en avant du tendon d'Achille, ne contenant pas au delà d'*un quart d'once* de pus. C'est peu de chose; mais si ce foyer avait été plus considérable, comme dans le cas de M. Laugier, ou s'il avait communiqué avec la fracture? M. Delavacherie se montré tout à fait rassuré à cet égard: le phlegmon diffus n'est survenu chez le sujet de M. Laugier, dit-il, que parce que la réduction n'a pas été parfaite; et, avec une réduction parfaite, on n'aura jamais à craindre que de très-petits abcès. Cette dernière promesse est rassurante sans doute; mais, lorsqu'on se demande sur quoi elle est fondée, il faut bien reconnaître qu'elle est tout à fait gratuite, et que c'est simplement un désir et une espérance que M. Delavacherie nous donne pour une réalité. Admettons même qu'elle fût un peu plus certaine, qui nous assurera qu'après la section du tendon d'Achille nous parviendrons toujours à réduire complétement? Et s'il n'est pas possible de nous assurer à cet égard, n'allons-nous pas, de l'avis même de M. Delavacherie, exposer les opérés à des phlegmons diffus?

Cependant, dit notre auteur, que fallait-il faire? Fallait-il différer la réduction jusqu'à ce que le gonflement fût dissipé, ou continuer les tractions de vive force?

Nous croyons, en thèse générale, qu'il vaut mieux combattre l'inflammation d'abord, et ce serait une étrange chirurgie qui voudrait surmonter sans délai, au prix de la section d'un tendon, un obstacle qui pourrait être vaincu par quelques cataplasmes. Pour le cas actuel, une autre considération méritait d'être pesée; il n'est pas sûr que la cessation du gonflement eût permis, je ne dis pas de faire, mais de maintenir la réduction. Ce n'est pas seulement à une luxation que l'on a alors affaire; le plus souvent, peut-être toujours, il y a une fracture oblique de l'extrémité articulaire du tibia, dont une portion reste en arrière tandis que le corps de l'os est déplacé et si l'on veut luxé en avant. Rien de plus difficile que la contention de ces sortes de fractures, ou plutôt elle est impossible par les moyens ordinaires. Nous en avons traité une récemment dans notre service à l'hôpital Saint-Antoine; la pointe a été appliquée sur le tibia sans aucun accident, et nous prendrons soin que cette observation soit publiée avec quelques autres du même genre.

Enfin, nous voudrions adresser à M. Delavacherie la question déjà touchée tout à l'heure: son malade était charretier, dans la force de l'âge; depuis plus de deux ans il est remis de sa fracture; quel est chez lui l'état des forces musculaires? Peut-il marcher aussi longtemps et aussi vite; peut-il courir et sauter; peut-il soulever les mêmes fardeaux, est-il en un mot aussi robuste et aussi apte à gagner sa vie qu'avant d'avoir subi son opération?

LUXATION DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE; *fracture de l'olécrâne reconnue après la réduction*; par M. DAUGIER.

On ne sait que trop, par une malheureuse expérience, combien les luxations présentent de difficultés et de périls dans la pratique, soit pour le diagnostic, soit pour la réduction, soit pour les accidents qui peuvent suivre; le fait suivant, mûrement médité, apportera à cet égard une utile leçon.

OBS.—« Le 2 mai 1838, je fus mandé, à onze heures du soir, pour donner mes soins à Mlle L..., qui, dans une chute sur la main droite, s'était luxé l'articulation cubito-humérale de ce côté.

« Arrivé auprès de la malade trois heures après l'accident, je constatai ce qui suit:

« Pâleur de la face; moral très-affecté; pouls petit et faible; l'avant-bras du côté droit est un peu fléchi sur le bras; impossibilité de l'étendre; douleur vive dans la région du coude de ce membre; la main est en pronation; un gonflement assez considérable s'étend déjà depuis la partie inférieure et moyenne de l'humérus jusqu'au tiers supérieur du radius et du cubitus. A ces symptômes joignant le raccourcissement du membre, la saillie des condyles de l'humérus sur la face antérieure de l'avant-bras, et celle des têtes du radius et du cubitus sur la face postérieure de l'os du bras, enfin considérant la manière dont la chute avait eu lieu, je pus fa-

cilement reconnaître une luxation de l'avant-bras en arrière.

« M'étant assuré que le membre n'était lésé que dans l'articulation huméro-cubitale, je m'empressai de réduire la luxation, ce qui fut fait assez facilement, la malade étant tombée en syncope dès le commencement de l'opération.

« Jusqu'ici tout s'est passé dans l'ordre. Je n'ai eu affaire qu'à une luxation de l'avant-bras en arrière, ou au moins rien n'a pu me faire reconnaître la lésion qui la compliquait. La luxation réduite, voulant placer l'avant-bras dans une demi-flexion, au moment où je retirais la peau avec ma main gauche, que j'avais placée sur l'olécrâne, je sentis une saillie remonter vers la face postérieure de l'humérus et une dépression se manifester là où devait être l'olécrâne. Cette partie du cubitus était rompue. Le mode de traitement que j'avais adopté ne put plus être applicable, puisque, dans la dernière flexion de l'avant-bras, la coaptation de l'olécrâne devenait impossible, cet os étant sans cesse entraîné par le triceps qui vient s'y insérer.

« Le membre étendu de nouveau, je ramenai facilement l'olécrâne et le plaçai dans ses rapports naturels en le comprimant, de haut en bas, avec le pouce de la main gauche. Alors un bandage en 8 de chiffre, imbibé dans une solution résolutive, fut appliqué; un second bandage roulé, également imbibé dans la même solution, s'étendant depuis le bout des doigts jusqu'au haut du bras; deux coussinets de la longueur du membre et remplis de balle d'avoine, placés l'un sur la face antérieure et l'autre sur la face postérieure du membre, et maintenus par deux attelles superposées et de la même longueur, le tout convenablement assujetti, composèrent tout l'appareil contentif.

« Mais le pronostic que j'avais porté, lorsque la luxation avait été réduite, ne devait-il pas être changé? Comment ne pas craindre, en effet, une ankylose ou au moins une fausse ankylose, à la suite d'un traitement qui exige l'extension continue pendant un laps de temps si considérable?

« La malade a été assez heureuse pour qu'il n'en ait point été ainsi.

« Au bout de trois jours, les accidents inflammatoires furent enrayés et ne me laissèrent plus de crainte. L'appareil fut assujetti de nouveau, et les lotions résolutives qui avaient été faites furent remplacées par des lotions émollientes. Les menstrues, qui avaient paru le lendemain de l'accident, évitèrent une saignée, et, au bout de trente jours, j'eus la satisfaction de débarrasser Mlle L..... des coussinets et des attelles; le bandage roulé fut seul conservé. J'ordonnai alors à la malade d'exécuter quelques mouvements de flexion et d'extension, et, pour vaincre la roideur de l'articulation, je plaçai la main sur une large bande dont les deux extrémités, en passant sur la poitrine, vinrent se réunir sur la nuque; chaque jour on eut soin de serrer les deux bouts de la bande et de ramener ainsi l'avant-bras dans une demi-flexion jusqu'à ce qu'il formât un angle droit avec le bras.

« Au bout de trois mois, Mlle L... put reprendre ses occupations, et aujourd'hui remplaçant sa mère, qu'elle avait eu le malheur de perdre depuis longtemps, douée d'une bonne constitution, comme avant cet accident ; elle est dans sa dix-neuvième année, remplit toutes les charges du ménage et ne conserve que le souvenir de cette grave lésion. »

(*Journ. des Conn. Méd.-Chirurg.*)

Nous avons dû rapporter l'observation dans les termes mêmes de l'auteur, qui n'a ajouté d'ailleurs aucune remarque. La première question qui se présente est celle-ci : l'olécrâne était-elle fracturée avant la réduction? Il est permis d'en douter; premièrement, parce que la combinaison de cette fracture avec la luxation est si rare que notre mémoire ne nous en fournit pas d'exemples; en second lieu, parce que le chirurgien dit s'être assuré de la saillie *des têtes du radius et du cubitus sur la face postérieure de l'os du bras*, ce qui exclut l'idée de la séparation de l'olécrâne; troisièmement, parce qu'il existe déjà un certain nombre de cas de fractures de cette apophyse produites par des efforts de réduction, à la vérité, dans des luxations anciennes. Si cette opinion est la vraie, on voit combien la réputation du chirurgien pouvait être compromise par un pareil accident; et si au contraire la fracture préexistait, combien il serait plus fâcheux de se voir exposé à une pareille responsabilité, pour un défaut de précision dans le diagnostic.

Il y a, du reste, quelques lacunes dans cette observation; le procédé suivi pour la réduction n'est pas indiqué, et le mode de consolidation de l'olécrâne aurait dû être noté d'une façon plus explicite. Mais nous avons voulu principalement insister sur la nécessité d'un diagnostic bien précis; et l'on ne saurait croire combien il se commet de graves erreurs en cette matière, et plus particulièrement peut-être pour cette articulation.

LUXATION DE L'AVANT-BRAS EN AVANT; par M. FR. MONIN.

Les réflexions qui terminent l'article précédent feront lire avec plus d'intérêt l'observation suivante, où il s'agit d'une lésion fort rare, et dont le diagnostic exige par cela même beaucoup plus d'attention.

OBS. — « Le fils de M. P. D. de Saint-Maurice,

jeune enfant de l'âge de six à sept ans, jouant avec d'autres enfants de son âge, fit une chute à la suite de laquelle il accusa, dans l'articulation du coude, une très-vive douleur, et se trouva dans l'impossibilité de mouvoir cette articulation. Mandé quelques heures après l'accident, je trouvai le bras gauche notablement raccourci, l'articulation du coude considérablement tuméfiée, mais laissant néanmoins facilement apercevoir à sa face postérieure un enfoncement profond, tandis que sa face antérieure était soulevée par un corps dur, arrondi, large et inégalement bosselé, en un mot, facile à reconnaître pour l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras. Je vis de suite que j'avais affaire à une luxation en avant, et, me rappelant que les auteurs classiques n'en admettaient point la possibilité sans qu'il y eût fracture simultanée de l'olécrane, je cherchai en arrière cette apophyse que la contraction du triceps avait dû en même temps reporter en haut. Mes recherches en ce sens ayant été vaines, je recommencai avec soin mon investigation sur les surfaces articulaires logées anormalement dans le pli du bras, et je fus convaincu que l'olécrâne, facilement reconnaissable à sa grande saillie, était encore intact à sa place.

« Embarrassé pour procéder à la réduction de cette espèce de luxation, dont nos théoriciens ont dédaigné de nous tracer les règles, je voulus d'abord me conduire comme il est indiqué pour la réduction des luxations compliquées de fracture de l'olécrâne; appliquant la contre-extension sur le scapulum et les lacs extensifs sur le poignet, je fis faire des tractions par des aides vigoureux, l'avant-bras étant en extension. A deux reprises je fus obligé d'interrompre cette manœuvre, le petit malade poussant des cris déchirants, et, malgré les plus grands efforts de mon côté pour repousser en arrière le cubitus, n'ayant en rien pu déterminer l'olécrâne à glisser au-dessous des condyles de l'humérus.

« Suspendant pendant quelques instants ces tentatives pénibles, je me pris à réfléchir à cette idée si fructueusement mise en pratique dans ces derniers temps et qui a tout à fait modifié surtout la théorie par rapport aux luxations du fémur, à savoir : que, pour réduire avec facilité une luxation, il faut mettre les parties déplacées dans des conditions absolument semblables à celles dans lesquelles elles se sont trouvées lors de la production du déplacement, leur faisant ainsi parcourir, pour revenir dans leur position normale, un chemin en tout semblable, mais dans un ordre inverse. Je m'enquis avec soin de toutes les circonstances de l'événement. L'enfant était sur un mur haut d'environ un mètre; au-dessous de ce mur, du haut duquel l'enfant avait été poussé avec force, était étalé un tas de fumier qui avait reçu l'enfant dans sa chute, et voici comment je m'expliquai l'accident: l'enfant, précipité avec impétuosité, n'avait pu avoir le temps d'obéir au mouvement instinctif qui nous pousse à porter vivement le bras en avant pour nous prémunir contre la secousse occasionnée par la chute, ce qui eût donné lieu à la luxation de l'avant-bras en arrière, espèce la plus commune; il était tombé, au contraire, sur le coude, l'avant-bras fortement fléchi sur le bras. Dans cette position, l'olécrâne se trouvait sur un plan presque parallèle à l'extrémité des condyles de l'humérus, et les os de l'avant-bras faisant l'office de point d'appui, la surface articulaire de l'humérus obéissant à la loi d'impulsion et de propulsion, augmentée par le poids du corps, avait glissé au-dessous de l'olécrâne, en s'enfonçant dans le fumier, qui formait un plan d'une faible consistance: circonstance qui explique, en outre, pourquoi il n'y a pas eu fracture primordiale de l'olécrâne, ainsi que cela eût pu arriver si la chute eût eu lieu sur un sol dur et résistant.

« La théorie que je venais de me créer, touchant le mode de production de cette luxation, me fit adopter un plan de réduction tout différent du premier. Fixant les lacs de l'extension à l'épaule, je plaçai l'avant-bras dans une position fortement fléchie, non sans peine et sans douleur, puis, logeant au-dessous du pli du bras mes deux mains dont j'entrecroisais vigoureusement les doigts sur la face palmaire de l'avant-bras, je me chargeai seul de la contre-extension et de la coaptation. Cette manœuvre fut couronnée d'un plein succès; à peine eus-je mis en action les aides que, appuyant de mon côté fortement sur l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras, pour les porter en arrière et en bas, j'entendis le bruit qui accompagne la rentrée des surfaces articulaires en leur place, et le petit malade, tout d'un coup soulagé, put exécuter facilement les divers mouvements de flexion du bras et de rotation du radius.

« Je fis tenir le bras dans l'immobilité, l'articulation constamment enveloppée de compresses trempées souvent dans l'eau de Goulard froide. Il n'y eut pas d'accidents inflammatoires; seulement, en raison de la lésion considérable des ligaments articulaires qu'il est facile de se représenter, il y eut un gonflement indolent qui ne se dissipa qu'avec beaucoup de lenteur. Cette tuméfaction qui, abandonnée à elle-même, pouvait faire redouter une ankylose consécutive, fut combattue avec succès par les douches d'eau savonneuse chargée de vapeurs aromatiques, en même temps que l'on habituait insensiblement l'articulation à ses mouvements ordinaires, par des essais gradués. Enfin, au bout d'un mois, l'en-

fant se servait indifféremment de ce bras comme de l'autre. »

(*Journal de médecine de Lyon.*)

M. Monin exprime son étonnement sur le silence des auteurs classiques touchant cette luxation; tandis qu'on la trouve déjà clairement indiquée dans Hippocrate. Il est très-vrai que, jusque dans ces derniers temps, les écrivains modernes n'en ont parlé que par hypothèse; et qu'aujourd'hui encore on n'en connaît que deux ou trois exemples. Il n'est pas moins vrai que le vieil Hippocrate nous a devancés sur ce point comme sur plusieurs autres (Voyez plus loin la *Bibliographie*); mais il convient cependant de corriger une erreur de M. Monin. Il cite comme ayant trait à cette luxation, un passage d'Hippocrate qui concerne précisément la luxation en arrière; c'est à Gardeil qu'il faut rapporter ce contre-sens, et nous ne saurions trop engager les médecins à se méfier de la traduction de Gardeil. Hippocrate ne parle de la luxation en avant que dans le paragraphe qui suit, et où Gardeil a vu la luxation en arrière, par un contre-sens tout à fait d'accord avec le premier.

Obstétrique.

DE LA CATALEPSIE *chez les femmes en travail.*

Le docteur Schmidt, de Paderborn, a publié le fait suivant, qui offre plus d'un genre d'intérêt.

Obs.—« Une femme bien conformée, et dont l'enfant était bien placé, éprouva, au troisième temps du travail, des faiblesses, puis des mouvements convulsifs qui firent d'abord présager l'invasion de l'éclampsie, et m'engagèrent à appliquer au plus vite le forceps. A peine l'enfant avait-il été extrait que les convulsions devinrent tout à fait toniques. Elles persistèrent avec ce caractère pendant tout le temps de la délivrance, et se prolongèrent pendant deux heures encore après l'extraction du délivre. L'accouchée était positivement cataleptique, semblable à un cadavre, les membres étendus et immobiles. A 11 heures, lorsque je la quittai, le spasme tonique avait cessé. Le lendemain, à 5 heures, je fus rappelé, parce que l'enfant offrait des phénomènes exactement semblables à ceux que la mère avait présentés. Il était en effet remarquable de voir cet enfant, né en très-bon état, et devenu néanmoins cataleptique; et ce qui n'était pas moins extraordinaire, c'est que chez lui, la situation des membres et particulièrement l'extension perpendiculaire du bras droit et l'extension horizontale du gauche, étaient exactement les mêmes que la veille au soir chez la mère. Les antispasmodiques et les bains furent inutilement employés; l'enfant mourut au bout de deux heures. »

(*Casper's Wochenschrift.*)

Les convulsions puerpérales sont de plusieurs sortes: hystériques, éclamptiques, tétaniques, cataleptiques. L'éclampsie est incontestablement la forme la plus commune. La forme cataleptique est une des plus rares, et cette rareté donne du prix à l'observation de Schmidt, qui aurait plus de valeur encore si l'auteur eût été moins avare de détails. Je n'ai, pour ma part, observé qu'un seul cas de catalepsie dans l'état puerpéral. Une femme avait eu, dans le travail, des accès d'éclampsie qui, après l'accouchement, s'étaient renouvelés à diverses reprises. Dans un de ces retours, l'attaque prit vers la fin la forme cataleptique. Les membres gardaient la position étendue et fléchie qu'on leur donnait. Cet état dura peu, et n'existait déjà plus lorsque j'arrivai auprès de cette femme qui, d'ailleurs, se rétablit. L'apparition de la catalepsie, chez l'enfant, est une circonstance curieuse de l'observation de Schmidt. Elle ne surprendra pas les médecins qui pensent que l'éclampsie n'est pas seulement funeste au fœtus par le défaut d'oxigénation du sang maternel, mais encore par la transmission du principe de la maladie de la mère à l'enfant. Cette dernière cause est rare, sans doute, et jusqu'à un certain point contestable; mais, d'une part, l'état de roideur qu'offre quelquefois le fœtus au moment de son expulsion ou de son extraction, et dans lequel il semble que la mort l'ait surpris; d'autre part, les convulsions observées peu de temps après la naissance chez quelques-uns des enfants nés vivants, semblent prouver que cette cause de mort ne doit pas être trop absolument rejetée. Le fait de Schmidt est un témoignage nouveau d'autant plus important, qu'il y eut, entre les symptômes observés chez la mère et ceux constatés chez l'enfant, identité parfaite.

Pharmacologie chirurgicale.

DU DANGER DE L'EMPLOI DE QUELQUES COLLYRES MAL FORMULÉS OU MAL PRÉPARÉS *dans les cas d'ulcération de la cornée;* par M. Florent Cunier.

Weller avait déjà signalé très-explicitement le danger des collyres saturnins dans le traitement des ulcères profonds de la cornée. « Les eaux chargées de sels de plomb, dit cet auteur, ont sur les ulcères de la cornée et sur les ulcères en général deux sortes

d'effets; elles arrêtent ou diminuent la sécrétion du pus et dessèchent leur surface sans en augmenter beaucoup *la force de nutrition*; elles ont encore la propriété de couvrir les ulcères de la cornée d'une couche blanchâtre qui, quelque faible qu'elle soit, s'oppose presque entièrement à l'action des moyens qu'on pourrait employer plus tard. Plus un collyre contient d'acétate de plomb, plus longtemps il est employé, plus cette couche blanchâtre se rapproche, pour sa ressemblance, d'une sorte d'émail blanc, et moins on peut espérer de l'enlever par la suite. Je considère cette remarque comme extrêmement importante, et digne de la plus grande attention de la part des médecins. »

En conséquence, dans les ulcères profonds, Weller conseille de ne continuer l'emploi des collyres saturnins que durant 36 ou 48 heures; il les rejette absolument du traitement des ulcères et des érosions superficielles de la cornée; et enfin, pour éviter le danger des incrustations, il a coutume d'associer aux collyres saturnins des moyens capables de relever *la force de nutrition* dans la surface ulcérée, tel que le laudanum liquide.

Or, il résulte des observations très-intéressantes de M. Florent Cunier, que cette adjonction, au lieu de parer à l'inconvénient signalé, ne fait que l'accroître. Bien plus, les autres sels métalliques dont on fait usage en collyres, et qui sont dépourvus de cette fâcheuse propriété, l'acquièrent par l'addition du laudanum ou de l'opium. Tels sont les sels de barium, de calcium, de fer, de zinc, de cadmium, d'antimoine, de bismuth, de mercure, d'argent et d'or. La décomposition produite alors n'est pas aussi forte, il est vrai, qu'avec le sous-acétate de plomb; mais les incrustations auxquelles elle donne naissance se font avec une égale facilité.

Depuis le mois de mars 1842 jusqu'en décembre 1843, M. Cunier a eu à pratiquer 19 fois l'ablation de semblables incrustations cornéennes; et ayant recherché la nature des collyres employés, il est arrivé aux résultats suivants :

Dans 3 cas il n'a pu avoir de renseignements; pour les 16 autres cas, les incrustations avaient été produites, savoir :

5 par l'eau de Goulard,
3 par un collyre saturnin simple,
3 par un collyre saturnin additionné de laudanum,
2 par le sulfate de cadmium,
2 par le sulfate de zinc,
1 par le sulfate de cuivre,
1 par le chlorure de chaux.

Les phénomènes qui déterminent ces incrustations sont curieux à considérer. Quatre malades seulement accusaient la sensation de corps étrangers; les 13 autres ne se plaignaient même pas d'embarras dans l'exercice de la vision, bien que l'incrustation existât chez presque tous en face de la pupille ; ils réclamaient les soins du chirurgien pour d'autres affections.

Les incrustations qui sont le produit de l'adjonction du laudanum à certains sels métalliques solubles, se reconnaissent à un éclat blanc-jaunâtre, comme celui qu'offre la paille qui a servi à la litière d'un cheval; parfois on dirait une aile d'insecte, un morceau de paille, de bois, appliqué sur la cornée, et recouvert d'une fausse membrane. L'aspect d'émail blanc, signalé par Weller, ne se remarque que dans les cas où il a été fait usage du collyre saturnin simple, ou de l'eau de Goulard.

Le traitement consiste essentiellement dans une opération chirurgicale, analogue à celle que l'on pratique pour l'extraction des corps étrangers projetés dans la cornée; mais généralement beaucoup plus difficile, surtout quand l'incrustation est en quelque sorte confondue avec la cornée, et recouverte d'une exsudation plastique. Alors, souvent l'aiguille à cataracte ne suffit pas; M. Cunier a imaginé une petite rugine qui peut agir en râclant, en coupant et en piquant, et qui satisfait ainsi à toutes les indications.

Ce n'est pas seulement dans la cornée que les incrustations peuvent se faire; M. Cunier en a rencontré une sur les bords palpébraux d'une jeune fille, chez laquelle une blépharite ulcérée avait été traitée par l'eau de Goulard, et en dernier lieu par une pommade ainsi formulée :

Sous-acétate de plomb..... un demi-gros.
Laudanum............... 15 gouttes.
Axonge.................. 2 gros.

Reste à rechercher maintenant la nature chimique de ces incrustations. Elle varie naturellement selon les substances employées; il y a du reste quelques dissidences que l'analyse directe pourra seule faire cesser. Voici d'abord la théorie de M. Cunier :

1° Quand on se sert d'eau de Goulard ou de solution de sous-acétate de plomb, on peut constater qu'après un ou deux jours il se forme un précipité dans la fiole, et d'autant plus rapidement que la dose du sel de plomb est plus forte et la fiole plus mal bouchée. C'est alors, selon M. Cunier, un carbonate qui se dépose. Et comme on agite la fiole avant les instillations, ce carbonate est mis en suspension dans le collyre, arrive au contact de la cornée, et s'il y existe une incrustation, il s'y fixe. Dans ce cas donc, les incrustations seront formées de carbonate de plomb. Si l'eau employée n'était pas distillée, ce qui arrive chez les pharmaciens peu soigneux, il se produirait un sulfate ou un chlorure qui s'incrusterait pareillement.

Les solutions de gomme ou de mucilage,

lorsqu'on y ajoute du sous-acétate de plomb, donnent aussi naissance à des précipités (*gommates de plomb insolubles* de Berzélius) susceptibles de s'incruster dans la cornée; l'acétate de plomb neutre, seul, peut être prescrit dans ce genre de liquide.

Enfin, la pommade au sous-acétate de plomb se décompose aussi après un certain temps, d'où la nécessité de ne la prescrire jamais que par très-petites quantités. Lorsqu'elle est un peu ancienne, il se forme des oléates, des margarates et des stéarates de plomb insolubles : c'est alors un composé analogue à l'emplâtre de plomb simple, et dont l'introduction entre les paupières n'est pas toujours exempte de danger.

2° Lorsqu'on ajoute de l'opium ou du laudanum, soit au sous-acétate de plomb, soit aux autres sels métalliques, sulfate de zinc, nitrate d'argent, etc., il se forme, selon M. Cunier, d'une part, un carbonate, un sulfate ou un nitrate de morphine, qui reste dissous dans l'eau; d'autre part, un méconate insoluble de plomb, de zinc, d'argent, etc., qui se précipite au fond de la fiole. C'est ce méconate qui constitue alors les incrustations. Enfin, les astringents végétaux qui contiennent de l'acide tannique ou gallique forment aussi des précipités (*tannate et gallate insolubles de morphine*) en décomposant l'opium qu'on leur associe.

M. Fallot a cherché récemment à combattre certaines de ces manières de voir. D'abord, en ce qui concerne les incrustations produites par les solutions de sous-acétate de plomb, M. Stœber les avait crues composées d'oxide de plomb, et M. Fallot soutient cette opinion. Chaque fois que des sels métalliques se décomposent en présence d'une substance animale, dit-il, à mesure que l'oxide se dégage, il se combine avec elle pour constituer un composé insoluble; et il n'y a pas de raison suffisante pour excepter les sels de plomb de cette règle générale.

Quant au *magma* jaunâtre qui se forme au fond d'une solution de sous-acétate de plomb et de laudanum liquide, il est possible qu'il s'y trouve du méconate de plomb. Toutefois, et jusqu'à vérification ultérieure, il regarde ce précipité comme formé principalement par la matière colorante et muqueuse contenue dans le vin d'opium; et le jugeant en conséquence inerte, il a toujours soin de faire filtrer le collyre chaque fois qu'il le prescrit, précaution qui est depuis longtemps en usage dans plusieurs hôpitaux militaires de la Belgique, et notamment dans celui de Bruxelles. Probablement elle suffirait aussi pour obtenir la séparation du méconate de plomb, et à rendre ainsi tout à fait innocent l'emploi du collyre saturnin opiacé, qu'il désire conserver dans la pratique.

Quoi qu'il en soit, les faits observés et mis en lumière par M. Cunier ont une importance incontestable; et d'abord, les praticiens auront désormais à se tenir en garde contre une erreur de diagnostic qui a dû être assez souvent commise. Ainsi, M. Cunier a eu à extraire une incrustation de méconate de plomb faisant corps avec la cornée, et traitée depuis trois ans pour un albugo par des oculistes et des chirurgiens du plus grand mérite. D'un autre côté, il conviendra d'user avec une grande réserve de ces collyres, qu'on retrouve dans les formulaires les plus récents, pour lesquels on associe les substances les plus incompatibles, et qui, le plus ordinairement, contiennent du laudanum et de l'opium. Enfin, les pharmaciens eux-mêmes sentiront le besoin d'étudier plus à fond cette matière délicate, afin de ne pas s'exposer à ce reproche de Weller, répété encore par M. Cunier : *Les pharmaciens confectionnent journellement des collyres, et, il faut le dire, il est rare qu'ils les sachent bien préparer.*

(*Annales d'oculistique.*)

BULLETIN CLINIQUE.

ACCOUCHEMENT RENDU DIFFICILE PAR LA PRÉSENCE D'UN ABCÈS INTERSTITIEL DANS LE COL DE L'UTÉRUS; par M. PRESTAT, *chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise*.

La femme Bourrèche, demeurant à Ennery, près Pontoise, âgée de vingt-huit ans, est enceinte pour la première fois. Cette femme, d'une complexion robuste, se livra pendant toute sa grossesse aux travaux de la campagne. Le 19 novembre 1843, elle commença à sentir des douleurs utérines, et appela auprès d'elle Mme Bouillette, née Fressard, ancienne élève de la Maternité de Paris. Celle-ci constata que la grossesse était arrivée à son terme, que l'orifice était très-mince, le col complétement effacé, et que la tête se présentait. Malgré des douleurs assez énergiques, et qui se reproduisaient régulièrement toutes les demi-heures, la dilatation ne s'opéra pas. Pendant quatre jours, Mme Bouillette mit en usage les bains de siége, les injections émollientes, les lavements, sans que les douleurs produisissent d'effet. Le 22, elle pratiqua une forte saignée. Le soir du 22, les douleurs prirent, de six heures à minuit, un nouveau degré d'acuité, et la dilatation de l'orifice atteignit deux centimètres de diamètre. A partir de ce mo-

ment, les douleurs cessèrent presque complétement. Comme le mari et la famille de la femme Bourrèche étaient vivement tourmentés du peu de progrès que faisait le travail, Mme Bouillette me fit demander.

Je me rendis à Ennery le 23, à sept heures du matin. Je trouvai que la femme était très-fatiguée de la persistance des douleurs et de la privation de sommeil depuis quatre jours; le pouls était un peu plein, sans être dur ni fréquent. Les douleurs revenaient toutes les dix minutes, assez fortes pour que la malade se plaignît, et duraient environ une minute et demie. Le vagin et la vulve étaient humides, et n'avaient que le degré de chaleur qui leur est propre. L'orifice utérin, de deux centimètres de diamètre, était mince sur ses bords; mais, à quelques millimètres, le col devenait épais et présentait une grande résistance, aussi bien pendant les contractions utérines que dans l'intervalle qui les séparait, circonstance que la sage-femme avait déjà remarquée. Les membranes étaient intactes, et la tête se présentait en position occipito-antérieure gauche. On entendait très-distinctement les pulsations du cœur du fœtus, dont le rhythme et la force étaient normaux.

Je rassurai les parents sur l'état de l'enfant, qui leur paraissait en danger, et, aux moyens déjà employés, j'ajoutai l'emploi de l'extrait de belladone, porté avec le doigt sur l'orifice utérin. La sage-femme dut, vers le midi, renouveler cette application. Je prescrivis aussi quelques cuillerées d'une potion calmante, afin de provoquer un peu de sommeil.

Le soir, à cinq heures, je revis la femme Bourrèche. Depuis une heure, à peu près, elle éprouvait des vertiges, de la loquacité et un délire tranquille, qui se dissipait dès qu'on lui adressait la parole, pour reparaître immédiatement. Le visage était coloré, le pouls large et plein, la bouche sèche, quoique la malade bût, et en très-grande abondance, de l'eau fraîche. Ces signes de l'absorption de la belladone, en plus grande quantité qu'il n'eût été convenable, ne me parurent pas, à beaucoup près, aussi graves qu'à la sage-femme, et je pronostiquai que vers minuit la malade retrouverait son calme et que le transport cesserait.

Cependant, la dilatation avait atteint la largeur d'une pièce de cinq francs; le bord mince de l'orifice s'était confondu dans le bourrelet qui l'entourait, et les douleurs restaient toujours fortes et fréquentes.

Jusqu'à minuit les choses restèrent dans le même état. A ce moment, l'orifice avait retrouvé toute sa rigidité de la veille, et je crus devoir employer des sections sur ses bords. J'en fis trois, une sur le milieu du bord antérieur, une à droite et l'autre à gauche. Je donnai près d'un centimètre de profondeur à celle du milieu, un peu moins aux latérales. Comme je me servais d'un bistouri boutonné droit, il me fallut beaucoup de soin pour inciser l'épaisseur entière du col, et je regrettai de n'avoir pas le bistouri concave dont se sert M. P. Dubois pour cet usage. Les incisions laissèrent écouler à peu près une cuillerée de sang, et la dilatation augmenta rapidement. A cinq heures du matin, la tête, coiffée des membranes, s'engageait dans l'orifice utérin, et le poussait en avant, l'engageant avec elle dans l'excavation pelvienne. Vainement j'eus recours à la rupture des membranes, vainement je soutins avec l'index la partie antérieure de l'orifice, je ne pus réussir à empêcher cet entraînement du col utérin. La tête arriva au détroit inférieur et y exécuta son mouvement de rotation.

Malgré de violentes douleurs, à sept heures du matin, le 24, le périnée ne se distendait pas, et on sentait toujours l'orifice derrière l'arcade pubienne et sur les côtés du bassin. Les douleurs cessèrent alors presque complétement, et je me déterminai à appliquer le forceps.

L'introduction de la branche mâle ne présenta rien de particulier que le soin que je dus prendre pour passer entre la tête et l'orifice, qui était très-fortement appliqué sur elle. Je la plaçai sur le ligament sacro-sciatique gauche. L'autre branche fut introduite en arrière et à droite; mais, lorsque je voulus lui faire exécuter le mouvement de circumduction autour de la tête, pour la ramener sous la branche droite du pubis, j'éprouvai une résistance très-violente. J'étais cependant bien certain d'avoir placé cette branche comme la première, entre la tête et les parois du col utérin. Enfin, je réussis à lui faire exécuter le mouvement; aussitôt, il s'écoula par la vulve *quelques cuillerées d'un liquide purulent, épais, crémeux et teint de stries rougeâtres*. Je vous avoue, mon cher confrère, que j'eus un moment de bien vive anxiété, et que je craignis que mon forceps n'eut fait fausse route. Je me rassurai bientôt, en pensant que si le liquide n'était pas de l'eau de l'amnios, ce n'était non plus ni de la sérosité péritonéale, ni de l'urine. Cependant, les mouvements de la branche étaient devenus libres, et je pus articuler mon forceps.

Les tractions que je dus faire pour faire franchir à la tête le détroit inférieur durent être très-fortes et soutenues. Comme à ce moment la tête franchit l'orifice utérin, il y eut de très-violentes douleurs, qui firent jeter de très-grands cris à la malade.

Enfin, après quelques minutes, les bosses temporales de l'enfant ayant franchi le détroit inférieur, je n'eus plus qu'à modérer les efforts de la mère, et peu d'instants après, la

tête, encore prise dans les branches du forceps, fut expulsée, et le tronc suivit sans effort.

L'enfant, qui était un peu asphyxié, fut promptement ranimé par une saignée du cordon ombilical et des frictions avec du vinaigre sur le dos et les lombes.

La mère perdit une assez notable quantité de sang, ce qui m'engagea à introduire plusieurs doigts dans le vagin, afin de reconnaître la cause de cette légère hémorragie et la faire cesser. Je ne trouvai, sur aucun point du bassin, aucune tumeur qui pût expliquer, soit la présence du pus, soit les violents efforts qui avaient été nécessaires pour l'extraction de la tête. Cette cavité était large et paraissait normale.

Des titillations firent promptement cesser cette hémorragie, qui provenait de deux déchirures sur les côtés du col; le corps de l'utérus, fortement resserré sur le placenta, ne devait pas y contribuer.

La délivrance fut naturelle, et la femme éprouva immédiatement un très-grand bien-être. Je ne la quittai que plus de deux heures après l'accouchement, et quand je fus assuré que l'écoulement du sang était bien arrêté.

Une potion calmante et de la tisane légère de tilleul furent prescrites.

La journée fut excellente, la malade dormit quelques heures, et le soir, lorsque je la revis, elle était dans l'état le plus satisfaisant. Il y avait eu deux émissions abondantes d'urine, et le ventre n'était aucunement douloureux.

Bref, les suites de couches furent naturelles, et aujourd'hui, quinzième jour de l'accouchement, je viens de revoir cette femme, qui est complétement rétablie.

L'enfant est fort et devait peser de sept à huit livres. La tête est bien conformée, et ne m'a pas semblé avoir des diamètres supérieurs aux diamètres normaux.

En résumé, je suis très-incertain de savoir à quelle cause attribuer: 1° la lenteur du travail; 2° la rigidité de l'orifice utérin; 3° l'espèce de contracture du col sur la tête; 4° l'issue du liquide purulent.

En me livrant à cette recherche, avec Mme Bouillette, celle-ci me fit remarquer que la femme Bourrèche n'exprimait pas les souffrances que lui causaient les contractions utérines, comme le font d'ordinaire les femmes en travail. En effet, elle se plaignait souvent d'éprouver des *picotements*, des *élancements* dans le ventre et dans les reins. N'y avait-il pas un état pathologique qui pût rendre compte et de ces élancements et de la rigidité du col? Je ne suis pas éloigné de penser qu'il existait chez la femme Bourrèche un abcès interstitiel développé dans l'épaisseur du col utérin, et qui aurait été ouvert par la pression de la branche droite du forceps. Ce n'est qu'une simple hypothèse, mais qui me semble assez probable.

Ed. Prestat, D.-M.-P.

Nous avons cru utile de donner l'observation de notre confrère, sans en rien retrancher, afin que chacun pût mieux juger de la valeur de l'hypothèse par laquelle il s'explique la difficulté du placement de la branche droite du forceps. Pour nous, comme pour l'auteur, cette explication reste une hypothèse. Bien plus, nous serions assez porté à nous rendre compte autrement de l'obstacle qui a longtemps arrêté l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, si la nature du liquide qui s'est écoulé au moment où cet obstacle a été vaincu ne nous ramenait, malgré nous, à l'explication proposée. Ce liquide était, en effet, si différent de l'eau de l'amnios, qu'il est difficile de croire à une méprise, surtout de la part d'un médecin dont une partie de l'internat, à Paris, s'est passée dans nos deux grands établissements d'obstétrique. Les doutes (car il en restera, malgré tout,) n'auraient pu être levés que par une exploration directe du col après l'accouchement; et malheureusement pour le soutien de son hypothèse, M. Prestat ne l'a point pratiquée. Nous ne l'en blâmerons pas, assurément; car cette exploration eût été douloureuse, et en présence des malades, les intérêts de l'art sont fort secondaires. Si nous faisions abstraction des qualités du liquide, tout s'expliquerait par la rigidité de l'orifice et du col tout entier. La rigidité de l'orifice est un fait connu de tout le monde. On tient moins compte, et fort à tort, de celle du col et de la partie inférieure du corps, de ce qu'on désigne enfin sous le nom de segment inférieur; et cependant c'est là, suivant la remarque expresse de Nægelé et de beaucoup d'autres, un obstacle à la parturition naturelle ou artificielle, plus fréquent qu'on ne croit. Ainsi s'expliqueraient la longueur du travail, le peu d'efficacité des incisions pratiquées sur l'orifice, la difficulté à l'introduction de la seconde branche du forceps, alors que la première, déjà introduite, avait non-seulement rétréci l'espace, mais stimulé par sa présence la contractilité déjà exagérée, anormale, inégale peut-être, du segment inférieur de l'utérus. Et supposez que cette contraction spasmodique, tétanique, cède tout à coup au-devant d'une branche de forceps qu'on s'efforce de ramener en avant, n'arrivera-t-il pas, ce qu'on a vu dans l'observation de M. Prestat, que l'obstacle à la progression de la branche disparaîtra, et que le segment inférieur, moins serré sur la tête, permettra l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique? Nous le répétons, nous ne ver-

rions rien dans l'observation de M. Prestat qui ne pût s'expliquer sans sortir du cercle ordinaire des faits, si le liquide, au lieu d'être *épais, crémeux, purulent,* eût été simplement trouble, comme l'est quelquefois l'eau de l'amnios. Cette circonstance importante, capitale, peut, jusqu'à un certain point, justifier une autre explication. Quant à l'obstacle à l'entraînement de la tête à travers l'orifice, elle s'explique assez par la contraction spasmodique du segment inférieur de l'utérus; et la rigidité naturelle des parties molles chez une paysanne de vingt-huit ans, vigoureuse, primipare, rend suffisamment compte des efforts qui furent nécessaires pour l'extraire.

A. D.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE; *traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques; suivie d'une table générale des matières; par* E. LITTRÉ, *de l'Institut* (1).

La France est généralement considérée comme une terre ingrate pour les travaux d'érudition; et, d'un accord presque unanime, on laisse volontiers le sceptre de cette partie des sciences à l'Allemagne. Ce n'est pas ici le lieu de rechercher la source et de discuter la justesse de cette opinion; nous espérons du moins ne pas rencontrer de contradicteurs en disant que, toutes les fois que le génie français s'est porté de ce côté, il a produit des œuvres souvent égales en profondeur, toujours supérieures par l'ordre, la clarté, la méthode aux travaux les plus estimés des Allemands. Certes, s'il s'agissait d'énumérer les recherches entreprises, surtout dans ces derniers temps, pour débrouiller les antiquités médicales, nos voisins l'emporteraient sans contestation; et, toutefois, si l'on veut apprécier avec une impartialité rigoureuse la valeur des grands travaux tentés dans l'un et l'autre pays sur Hippocrate, on ne voit pas que l'Allemagne ni aucun autre pays aient rien à opposer à ces deux monuments de l'érudition française, le livre de Foës et l'ouvrage de M. Littré.

Le 4e volume de la nouvelle traduction d'Hippocrate vient de paraître; il comprend le *Traité des articulations* et le *Mochlique,* qui font presque les deux tiers du volume et qui tiennent essentiellement à la chirurgie; plus les *Aphorismes* qui se rattachent à la médecine, et le *Serment* et la *Loi* qui appartiennent à l'un et à l'autre. Dans le volume précédent, la part de la chirurgie était pour le moins aussi forte; les *Traités des plaies de tête,* de l'*officine du médecin,* des *fractures,* laissaient à peine à côté d'eux une juste place au *troisième livre des Epidémies.* Le deuxième volume, contenant le *Traité des airs, des eaux et des lieux,* le *Pronostic,* le *Régime dans les maladies aiguës,* le *premier livre des Epidémies,* était plus essentiellement médical; quant au premier, à part le *Traité de l'ancienne médecine,* il est entièrement occupé par une grande et belle introduction, digne de servir de portique au temple; et dans laquelle, en traitant d'Hippocrate, de ses œuvres et de ses doctrines, M. Littré a exposé à la fois les origines de la médecine et de la chirurgie, alors étroitement unies et confondues.

On voit par là que, dans ce qui a paru jusqu'ici, la chirurgie tient une très-large place, et que nous avons surabondamment le droit de nous occuper dans ce journal des écrits de celui qui fut aussi notre premier patron. Et nous le faisons d'autant plus volontiers, que jusqu'ici les œuvres d'Hippocrate n'ont guères été étudiées et commentées que sous le point de vue médical; la constitution de la chirurgie au moyen âge et jusqu'à la fin du XVIIIe siècle ne permettait guères aux barbiers et à leurs successeurs de s'occuper beaucoup de l'antiquité grecque ou latine; et la renommée d'Hippocrate a certainement perdu par cette négligence et cet oubli. Lorsque Sabatier, voulant compléter son traité de médecine opératoire par un traité des maladies des os, se mit à lire pour la première fois les livres *des fractures* et *des articulations* d'Hippocrate, il resta stupéfait, ébloui, de trouver tant de faits et tant de science, là où il ne comptait puiser que quelques notions plus ou moins oiseuses de pure érudition. Les traités de J.-L. Petit et de Duverney pâlissaient devant ces deux minces cahiers datant de vingt-deux siècles; et, chose bien étrange à dire, les chirurgiens de notre âge, après avoir lu Boyer et A. Cooper, ressentiront encore, presque au même degré que Sabatier, cet étonnement inattendu de trouver sur des points nombreux le chirurgien grec plus complet et mieux renseigné que les deux chirurgiens modernes.

Qu'était-ce donc que cet Hippocrate, si grand à la fois par la science et le génie, que son nom domine encore toute la médecine, et qu'il n'est dédaigné que par ceux-là seulement qui ne l'ont point étudié? Fut-il vrai-

(1) Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. — Prix de chaque vol.: 10 fr.

ment le créateur de l'art, sorti tout entier de sa puissante intelligence comme Minerve du cerveau de Jupiter? En aucune façon; de nombreux documents établissent sans réplique que la médecine existait avant lui, qu'elle était même partagée en plusieurs sectes; et presque à chaque page de ses écrits nous le voyons lutter tantôt contre l'une, tantôt contre l'autre, démolissant avant d'édifier. Il ne crée point, il réforme; il prend la médecine comme elle était, sans principes, sans lois, sans intelligence; à ce chaos il apporte la lumière, à cette anarchie il donne des lois. Homme de génie sans nul doute, mais qui eut surtout cet immense avantage de venir à son heure, ni trop tôt, ni trop tard. Contemporain de Socrate, il y a entre eux de telles affinités pour la manière de voir et de juger, que je ne puis me dissuader que l'un n'ait été le maître et l'autre le disciple; et qu'Hippocrate n'ait fait qu'appliquer à la médecine les grands principes que Socrate appliquait à la philosophie générale. La réalité, voilà pour la science; la moralité, voilà pour ses applications; et nous qui, après tant de siècles, prenons encore ces mots pour devise, nous ne faisons que répéter les leçons de Socrate et d'Hippocrate.

M. Littré expose dans son introduction une partie de ces idées; nous avons été obligé de nous séparer de lui sur d'autres. Mais, dans cette discussion toujours digne et loyale, si nous disons avec quelque orgueil que nous l'avons amené quelquefois à notre sentiment, nous devons confesser aussi combien souvent ses lumières nous ont été utiles, et qu'il nous a mis aussi à même de corriger quelques-unes de nos erreurs. C'est ainsi qu'il a certainement ruiné de fond en comble une bonne partie des raisons sur lesquelles nous nous appuyions pour rejeter le livre *des plaies de tête* des écrits propres à Hippocrate.

Donnons maintenant une idée de sa manière de procéder. En tête de chaque traité se trouve, sous le titre modeste d'*Argument*, d'abord une rapide analyse du Traité; une exposition complète des raisons qui le font attribuer à Hippocrate; une discussion sur la doctrine générale du Livre, et souvent sur quelques points de doctrine particuliers qui s'y rencontrent; des remarques sur le style, sur les commentaires dont il a été l'objet, et enfin la liste des éditions et des traductions. Rien de plus complet que le cadre; rien de plus piquant que les comparaisons fréquentes entre les doctrines hippocratiques et les doctrines actuelles; et pour les livres chirurgicaux qui nous regardent plus spécialement, souvent c'est par des observations qui ne sont publiées que d'hier, qui jusque-là manquaient à la science, que l'infatigable commentateur parvient à éclaircir certains passages obscurs d'Hippocrate.

Encore cette marche si grave et si laborieuse ne lui suffit-elle pas. Entre l'apparition du volume qui précède et de celui qui suit, en France, en Allemagne et partout, l'examen se fait, la controverse s'établit, ou même encore l'auteur finit par découvrir quelque dissertation inconnue qui lui avait échappé; et pour peu qu'il y trouve un éclaircissement nouveau, ou une objection, ou un reproche quelconque, le nouveau volume ne paraîtra pas sans qu'une préface spéciale, sous le titre d'*Avertissement*, ne communique au lecteur tous ces documents, ne les pèse, ne les discute; après quoi M. Littré porte impartialement sa sentence, aussi prêt à se condamner lui-même, lorsqu'il a tort, qu'à se donner raison, lorsqu'il a réfuté ses adversaires. Noble et digne probité d'un écrivain amoureux avant tout de la vérité, et qui veut en tirer tout son lustre! Mais c'est ainsi que s'édifient les beaux et bons ouvrages, et que l'on peut recevoir l'éloge de ses contemporains sans crainte qu'il soit démenti par la postérité.

Viennent enfin le texte et la traduction. Que dirons-nous du texte, si ce n'est que M. Littré a tellement dépouillé les éditions et les manuscrits, qu'il a tellement accumulé les variantes au bas des pages, que ce luxe d'exactitude et d'érudition nous écrase, et que nous serions tenté de lui en faire un reproche? De temps à autre en effet, les notes contiennent des discussions sur le vrai sens du texte, ou bien sur la meilleure leçon, et elles offrent alors un intérêt réel pour tout le monde. Mais tant de variantes sans grande valeur, sur un mot bien ou mal orthographié, sur un accent, sur un point, prennent une place que ne regretteront jamais, sans doute, les hellénistes de première force; mais qui, aux lecteurs ordinaires tels que nous, peut paraître quelquefois trop largement usurpée. La traduction est toujours claire, et aussi précise que possible; et le soin que prend M. Littré de consulter les hommes spéciaux, lorsqu'un point de doctrine obscur l'embarrasse, lui assure une incontestable supériorité sur toutes les précédentes. Et toutefois, s'il nous est permis d'exprimer un désir, ce serait que dans les cas assez nombreux où il s'éloigne du sens de Foës et des autres, il voulût bien nous donner en note les raisons de sa préférence.

Pour résumer toute notre pensée, cet ouvrage ne sera pas seulement pour son auteur un titre impérissable; il honore encore tout à la fois notre époque et notre pays. Il faut louer l'éditeur, M. J.-B. Baillière, des sacrifices auxquels il a dû se soumettre pour que la forme ne déparât pas le fond; il faut

faire des vœux pour que cette belle entreprise soit promptement menée à fin et encouragée par les suffrages du public médical. Ce n'est ni la science ni l'érudition qui font défaut à la France; seulement ces travaux si pénibles rencontrent trop souvent un petit nombre de lecteurs. Nous espérons qu'il n'en sera pas ainsi pour la nouvelle traduction d'Hippocrate; le goût du jour tend de plus en plus aux études sérieuses; et prochainement il n'y aura pas un docteur reçu dans nos Facultés qui ne tienne à avoir, comme fondement indispensable de sa bibliothèque, les œuvres du père de la médecine et de la chirurgie.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Séance du* 18 *mars*. — M. Leroy d'Étiolle lit un Mémoire ***sur l'évacuation artificielle des débris de calculs urinaires et sur leur pulvérisation.***

Il lit également une note sur le traitement du cancer dont voici les conclusions: 1° l'extirpation n'arrête pas la marche du cancer; 2° l'extirpation ne doit être employée comme méthode générale que pour les cancers de la peau et des lèvres; 3° il n'y a nécessité d'extirper le cancer des autres organes que dans le cas où des hémorragies produites par des ulcérations compromettent la vie des malades.

L'Académie procède à la nomination d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement d'A. Cooper. La section avait proposé six noms:

1° M. Brodie, à Londres;
2° M. Mott (Valentine), à New-Yorck;
3° M. Dieffenbach, à Berlin;
4° M. Chélius, à Heidelberg;
5° M. Stromeyer, à Munich;
6° M. Ribéri, à Turin.

M. Brodie a été nommé au premier tour de scrutin par 39 suffrages.

1er *avril*. — M. Hermann, professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg, communique une observation d'opération de laryngotomie pratiquée pour un cas de polype du larynx. Il divisa le cartilage thyroïde; et procéda le surlendemain seulement à l'excision du polype.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Les deux séances des 19 et 26 mars ont été consacrées à terminer la discussion sur les tumeurs du sein.

Séance du 2 *avril*. — M. Malgaigne lit un Mémoire ***sur la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la myotomie rachidienne dans le traitement des déviations latérales de l'épine.***

Après la lecture de ce Mémoire, M. Guérin demande la parole pour un fait personnel. Il déroule un cahier écrit dont il commence la lecture; il prétend que le Mémoire de M. Malgaigne est une attaque directe contre sa moralité et cherche à le réfuter. — Plusieurs membres invoquent le règlement qui défend de discuter sur un travail lu par une personne étrangère à l'Académie, avant qu'une commission ait fait un rapport. — Après une vive résistance, M. Guérin est obligé de replier son manuscrit.

Le bureau avait proposé pour commissaires MM. Amussat, Jobert et Louis. — M. Nacquart, attendu l'importance de la question, demande que la commission soit portée à cinq membres, et propose l'adjonction de MM. Roux et Velpeau. — M. Guérin déclare qu'il récuse M. Velpeau. — Au milieu des murmures soulevés par cette déclaration inattendue, l'adjonction des deux honorables membres est mise aux voix et adoptée à la presque unanimité. Une seule main s'est levée à la contre-épreuve.

9 *avril*. — M. Louis écrit pour se démettre des fonctions de commissaire dans la question de la myotomie rachidienne. Il atteste d'ailleurs les efforts faits par M. Guérin pour éclairer la commission nommée par le conseil des hôpitaux à l'effet de vérifier ses guérisons. — Nous avons dit ailleurs que cette commission est chargée d'examiner les faits nouveaux et qu'elle a laissé les faits anciens en dehors de ses vérifications.

Le bureau propose M. Adelon pour remplacer M. Louis; M. Husson demande que l'on nomme un des medecins de l'hôpital des Enfants; et l'Académie consultée décide que M. Louis sera remplacé par M. Guersant.

16 *avril*. — M. Jobert, étant déjà membre de la commission des hôpitaux, prie l'Académie de le remplacer dans la commission nommée pour examiner la myotomie rachidienne.

M. Guersant père exprime le même désir; il a été publiquement calomnié par M. Guérin, et porte à celui-ci le défi de prouver ses imputations. Mais, attendu la publicité qu'ont eue ces attaques, il ne veut pas qu'on puisse le soupçonner d'apporter quelque passion à l'examen d'une question qui intéresse aussi fortement la science.

Le bureau propose et l'Académie nomme pour commissaires MM. Baudeloque et J. Cloquet. La commission se trouve ainsi définitivement composée: MM. Amussat, Baudeloque, J. Cloquet, Roux et Velpeau.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement: 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*. — On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

MAI 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur l'abrasion de la cornée *pour remédier aux opacités de cette membrane*, par **M. MALGAIGNE.** (*Suite et fin*).

S'il nous fallait porter un jugement sur les faits réunis dans la première partie de ce Mémoire, sans doute nous aurions avant tout à exprimer le regret qu'ils soient pour la plupart si incomplets, et pour quelques-uns dénués des détails les plus nécessaires; mais au total il en ressortirait une conclusion assez favorable à l'opération. Elle paraît en effet avoir réussi *une fois ou deux* à Mead ; — deux fois à Pellier ; — une fois dans un cas rapporté par Demours ; — une fois à Larrey ; — une fois au professeur Rosas ; — et une fois à M. Gulz. Les succès se trouveraient plus nombreux que les revers, si l'on ne comptait que les faits publiés, et si nous ne rappelions que Mead et Pellier attestent qu'ils ont été témoins de nombreux échecs.

Quelle est cependant la portée des améliorations obtenues? Cela est déjà difficile à dire quant à leur nature, et l'est plus encore quant à leur durée. Rien ne porte à penser cependant que la vue se soit rétablie moyennant un kératocèle, si ce n'est dans le cas unique de M. Gulz ; mais jusqu'à quel degré la vision était-elle recouvrée ? Gouan et Larrey se bornent à dire que leurs opérés purent distinguer les objets, ce qui est bien vague; et les autres observations sont plus vagues encore. L'opéré de M. Gulz, avec son kératocèle multiple, ne peut discerner de petits objets qu'en les regardant de

très-près; et, considéré d'une manière générale, cela ne pourrait passer pour un succès bien complet.

Cet autre point si important, la durée de la guérison n'a guère été notée que dans trois cas : l'amélioration persistait encore après dix-huit mois sur le sujet de M. Gulz, après deux ans sur celui de Gouan; et enfin la malade citée par Demours avait gardé son œil dans un état passable pendant huit ans.

D'un autre côté, quelle a été la portée des revers? L'un des opérés du professeur Rosas est revenu, par le fait d'une ophthalmie nouvelle, au même état qu'avant l'opération; mais d'autres, ajoute-t-on, ont été moins heureux; il eût été à désirer qu'on eût exposé les résultats d'une façon plus précise. Dans l'un des cas de Demours (*Obs. III*), l'opacité est revenue plus forte qu'avant l'opération; mais il est juste de remarquer que l'observation a été prise au dixième jour; en sorte qu'elle est peu concluante. Dans un autre cas, l'opération, infructueuse dans le principe, menaçait d'être suivie, au bout d'un an, d'un staphylôme; dans le troisième (*Obs. VI*), le staphylôme survint en effet, mais au bout de huit ans seulement, et compliqué d'un état squirrheux de la sclérotique qui ne saurait être rapporté à l'opération. On voit enfin, dans le premier fait rapporté par Eschenbach, l'opération déterminer des douleurs violentes, et laisser en définitive la cornée aussi opaque que jamais, mais sans staphylôme; et, chez l'autre malade, le staphylôme survenir et guérir spontanément.

Tout cela est-il vraiment de nature à justifier l'anathème lancé par Desault, Demours, Scarpa, Wenzel et quelques-uns de nos ophthalmologistes modernes? J'ai grand'peur qu'ils n'aient décidé un peu à la hâte, sans se donner la peine de s'enquérir des faits, jugeant plutôt avec des idées préconçues qu'avec une réelle expérience. Mais j'irai plus loin.

Dans quels cas a-t-on échoué, et particulièrement échoué en laissant à la suite des accidents graves? Etudions les faits à fond ; la question en vaut la peine.

Première observation : il s'agissait de leucomas épais, protubérants, occupant la presque totalité des deux cornées, et produit par la variole.

Deuxième observation : leucoma tout aussi épais, suite d'une plaie de la cornée.

Dans le troisième cas de Demours, c'était un albugo ou *une cicatrice* de la cornée, avec adhérence de l'iris à la cornée.

Sur ces trois cas, deux fois il y a eu un staphylôme. Mais, il faut bien le dire, c'étaient là des cas à peu près désespérés, et pour lesquels l'opération est à peine proposable. On dira que M. Gulz a cependant opéré dans des circonstances analogues, et qu'il a eu un demi-succès ; que Gouan plus heureux encore a obtenu un succès complet. C'est aussi pourquoi je ne voudrais pas qu'on proscrivît l'opération d'une manière absolue, surtout quand les malades sont complétement aveugles et n'ont rien à perdre à l'opération; mais je m'explique par là le staphylôme consécutif de l'opéré de M. Gulz; et peut-être le jeune âge du malade de Gouan a-t-il été une circonstance favorable, ce qui serait à vérifier.

Dans des cas moins graves, tels que paraissent avoir été ceux de Mead, de Pellier, de Larrey, de Rosas, tantôt on a réussi, tantôt on a échoué; mais il n'est pas fait une seule fois mention de staphylôme. Alléguera-t-on cette observation de Demours dans laquelle le staphylôme est survenu au bout de huit ans? Mais il est beaucoup plus probable que la cornée, dans ce cas, a cédé à la dégénérescence qui avait déjà envahi la sclérotique, et que l'opération n'y a été pour rien. Qui voudrait croire, avec un fait de cette nature, que l'amincissement de la cornée, sans inconvénient durant huit années, finirait par produire un staphylôme à la neuvième?

Ainsi donc, tout bien considéré, on aurait pu déjà conclure de ces observations que l'opération avait été trop rigoureusement jugée; qu'elle ne produisait le staphylôme que dans certains cas manifestement défavorables; et que, pratiquée dans des conditions mieux choisies, elle offrait des chances réelles de guérison, sans aucun péril réel.

Mais, je le répète, tous ces faits laborieusement ramassés depuis, étaient alors inconnus, et ce fut d'après d'autres idées que je me résolus à tenter une opération pour laquelle je ne savais pas avoir tant de prédécesseurs.

Dans les premiers mois de 1843, un enfant fut amené à ma consultation à l'hôpital Clinique, avec les deux cornées obscurcies par deux taies qui ne lui permettaient que de voir la lumière. Toutes les pommades, toutes les poudres avaient été essayées en vain ; je renvoyai l'enfant sans rien faire; mais, vivement contristé de l'impuissance de l'art, je me demandai s'il ne serait pas permis de tenter quelque chose.

Un souvenir me frappa ; dans mes nombreuses dissections d'yeux altérés, durant mon service à Bicêtre, j'avais noté, sans en tirer aucune conséquence, que, presque toujours, si épaisse que paraisse une tache de la cornée, les couches les plus profondes de cette membrane n'y sont pas comprises. Enlever avec le bistouri les couches altérées, cela n'offrait qu'une difficulté d'exécution que l'on pouvait surmonter ; mais la cicatrice consécutive ne serait-elle pas aussi opaque que la tache première? Les cicatrices des ulcères de la cornée sont toujours opaques, ou du moins je n'avais pas vu d'exception à cette règle. Mais sous l'ulcère il y a un engorgement; peut-être était-ce cet engorgement qui produisait l'opacité. Et de fait, après l'ablation de corps étrangers plus ou moins profondément fichés dans la cornée, il est rare que l'opacité survienne.

Tel fut mon point de départ, et j'avoue que je n'eus pas même l'idée de l'imminence d'un staphylôme, et que je n'en ai pas encore grand'peur aujourd'hui. Le staphylôme, c'est l'anévrisme de la cornée ; et nous savons de reste qu'on chercherait vainement à produire un anévrisme , soit en amincissant une artère par dehors, soit en rompant et refoulant même ses tuniques internes. On aura beau amincir la cornée ; tant que le fond de la plaie sera constitué par des couches saines, l'anévrisme ou le staphylôme n'aura pas lieu.

Mais la question de la récidive de l'opacité n'était pas aussi bien résolue. Il était prudent de voir ce qui arriverait sur des animaux vivants ; et de nouveaux sujets s'étant présentés à la consultation, je me mis à expérimenter sur des lapins. J'ai déjà raconté ailleurs les résultats de ces expériences (tom. Ier, pag. 154 et 181) ; j'ajouterai ici seulement quelques détails. Je commençais par cerner la portion à enlever à l'aide d'une incision circulaire ; puis, saisissant le bord du lambeau avec des pinces à disséquer, je décollais les couches l'une de l'autre avec une étonnante facilité. M. Rognetta s'y est pris sans doute autrement pour avoir rencontré tant d'obstacles ; et l'on verra que sur l'homme, la cornée devenue opaque est bien autrement difficile à disséquer. Mais sur le lapin cela est très-facile ; il n'y a pas une seule gouttelette de sang, ce qui me faisait dire en plaisantant que ce serait une opération *non sanglante ;* et quelques-uns de ces animaux se laissent faire sans même vous troubler en se débattant. Le premier que j'opérai tint son œil fermé incontinent après ; il n'eut pas d'inflammation, et la cicatrice fut absolument transparente ; un autre garda opiniâtrément l'œil ouvert ; une légère inflammation arriva, et la cicatrice fut opaque. J'avais d'abord attribué la différence des résultats à ces conditions si contraires de l'œil fermé ou bien ouvert ; mais dans d'autres cas où l'animal tient l'œil fermé, la cicatrice est aussi bien opaque. Cette opacité, du reste, peut se dissiper, même spontanément ; j'avais gardé l'un de mes lapins à cornée opaque pour quelques expériences sur le cal ; je fus bien surpris, six semaines après, de trouver sa cornée presque entièrement transparente. On verra que ce phénomène si important s'est également montré chez l'une de mes malades.

Je passe maintenant au récit de mes opérations.

Obs. I. — *Taie centrale de date ancienne ; opération ; beau résultat.*

Elisa Chaudot, âgée de 16 ans, lingère, demeurant rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, nº 34, entra à la Clinique le 7 mars 1843.

Cette jeune fille, née de parents sains, est d'une constitution lymphatique, et d'ailleurs bien constituée. Elle raconte qu'elle a été prise de maux d'yeux dès l'âge d'un an, qui furent si

graves que, dès l'âge de 6 ans, la vue était extrêmement trouble. Vers 7 ans, une nouvelle exacerbation survint; on lui plaça un séton à la nuque qu'elle garda dix-huit mois; le séton fut remplacé ensuite par un exutoire au bras qu'elle conserva quatre ans, le tout sans amélioration notable de la vision. A l'âge de 13 ans, nouvelle attaque pour laquelle elle entra à l'hôpital des Cliniques; l'affection fut qualifiée *kératite aiguë;* on la traita par des sangsues en grand nombre. Sortie avec quelque amélioration, elle fut presque aussitôt obligée de rentrer; et supporta cette fois l'application de trois vésicatoires, l'un à la nuque, les autres aux deux jambes. On la renvoya encore guérie de la kératite, mais non des suites; et des taches aux deux cornées rendaient la vision fort imparfaite, surtout de l'œil droit.

Aujourd'hui, c'est pour ces taches qu'elle se présente; toutes les autres fonctions se font à merveille; la menstruation, non encore apparue, est annoncée depuis quelque temps par des pesanteurs dans les reins. Les yeux mêmes sont libres de douleur, d'injection, de larmoiement.

Sur l'œil gauche, la cornée offre une tache en forme de croissant, occupant la partie supérieure, externe, et inférieure de la cornée, et empiétant sur le champ de la pupille. Toutefois la vue est assez distincte; et si l'on ferme l'œil droit, le gauche discerne les objets d'un bout de la salle à l'autre.

L'œil droit, beaucoup plus intéressé, présentait d'abord à la partie inférieure et interne de la cornée un petit épanchement blanchâtre entre les lames de cette membrane, de 3 millimètres de largeur environ sur un millimètre de hauteur. Au-dessus s'étendait une taie de même couleur, mais moins opaque, et comme un nuage opalin, occupant toute la partie inférieure de la cornée, sans atteindre cependant sa circonférence, montant sur le champ de la pupille qui en était entièrement voilée, et se perdant peu à peu en haut et en dehors : de telle sorte que de ces deux côtés la cornée était presque entièrement saine et transparente au-devant de l'iris, et que la taie n'avait pas de limites nettes et bien circonscrites. A part le petit épanchement d'abord signalé, la plus grande opacité de la taie répondait précisément à la pupille.

L'iris était d'ailleurs libre et contractile, et la vue uniquement obscurcie par la tache cornéale. L'œil bien ouvert, et regardant sans fixer aucun objet en particulier, ne voyait que comme à travers un brouillard. En lui montrant deux doigts étendus, après avoir préalablement fermé l'œil gauche, la malade les apercevait plus ou moins confusément jusqu'à la distance de 32 centimètres (environ un pied); plus loin elle ne les distinguait plus. Le mot BON, imprimé en capitales d'un peu plus d'un centimètre de hauteur, était lu de l'œil gauche jusqu'à 16 centimètres ; de l'œil droit seulement à 5 centimètres de distance (moins de 2 pouces). Ces mots, LE NOUVEAU TESTAMENT, imprimés en capitales de 8 millimètres de hauteur, étaient lus couramment de l'œil gauche; tandis que le droit n'y voyait qu'une trace noirâtre sans y distinguer une seule lettre. Au total l'œil droit ne percevait nettement aucun objet de face; il fallait les lui présenter de côté, en haut ou en dehors, là où la cornée libre laissait pénétrer obliquement les rayons lumineux jusqu'à la pupille.

On comprend combien une pareille infirmité était pénible pour la malade, sans parler de la difformité très-sensible de l'œil droit qui ne laissait pas d'affliger profondément une jolie fille de 16 ans. La date de l'affection primitive, la succession des ophtalmies qui avaient amené ce résultat, et enfin la persistance des taches depuis trois ans que toute inflammation avait disparu, ne permettaient guère d'en espérer la résolution par les topiques. Cependant je commençai par appliquer sur l'œil de la pommade au borate de soude, puis au nitrate d'argent, explorant avec grand soin le moindre indice d'amélioration, et n'en apercevant aucun. Du reste, dès le premier examen auquel je m'étais livré, j'avais pensé qu'il faudrait des moyens plus énergiques; et je n'avais vu qu'une opération qui pût atteindre le but. Lorsqu'enfin mes idées furent fixées sur ce point, je me résolus à procéder sans retard, et l'opération fut pratiqué le 20 mars de la manière suivante :

La jeune fille couchée sur le dos, la paupière supérieure relevée avec l'élévateur de Pellier, l'inférieure abaissée par les doigts de l'opérateur même, et un aide fixant l'œil à l'aide d'une érigne implantée dans la conjonctive, je décrivis sur la cornée avec un ténotome très-aigu une incision circulaire de 6 millimètres de diamètre environ, et dont le centre répondait à la pupille; de façon à comprendre à peu près toute la tache. Après quoi abandonnant la paupière inférieure à un aide, je saisis le lambeau ainsi circonscrit par son bord supérieur à l'aide de pinces à dents de souris très-fines, et j'essayai de le disséquer de haut en bas comme on disséquerait un lambeau cutané.

Je ne trouvai pas à beaucoup près la dissection si facile que sur mes lapins. D'abord l'incision circulaire avait causé une assez vive douleur, et de plus un très-léger écoulement de sang; ce qui me surprit, attendu que la majeure partie de l'incision portait sur la cornée saine et où il était impossible de discerner aucun vaisseau. Enfin la couche que je voulais enlever était excessivement adhérente aux couches sous-jacentes; et au lieu d'un décollement simple et facile, il fallut la séparer à petits coups, portant la dissection à une profondeur d'autant plus grande qu'on approchait davantage du centre, où la taie plus épaisse était tout à la fois plus profonde et plus adhérente. Elle pénétrait même si près de la face interne de la cornée que, malgré toute mon attention, la pointe du ténotome pénétra dans la chambre antérieure. La douleur en ce moment fut très-aiguë, mais elle dura peu. Le reste de la dissection s'acheva sans encombre; le peu d'humeur aqueuse qui était sorti n'avait pas suffi pour affaisser la cornée; et quand tout fut fini, la malade s'écria avec ravissement: *Ah! Monsieur, je vous vois!*

Je fis immédiatement fermer l'œil comme après l'opération de la cataracte, et reporter l'opérée dans son lit. Le lambeau fut ensuite examiné à loisir, palpé entre les doigts, étalé sur la table; et tout le monde put se convaincre qu'il ne renfermait rien que du tissu altéré de la cornée.

A peine la malade était-elle remise au lit, qu'elle accusa dans l'œil une vive douleur, qui bientôt s'irradia vers le front et envahit toute la tête. Je prescrivis 6 pilules d'opium, de 5 centigrammes chacune, à administrer de 3 heures en 3 heures, et dont la première fut prise immédiatement. Peu après la seconde, les douleurs cessèrent; et ne revinrent que quand elles étaient excitées par des secousses de toux. La malade toussait depuis quelques jours; mais elle nous l'avait caché, dans le désir de ne pas retarder l'opération.

Sauf cette petite complication, la journée fut bonne. Une douce moiteur s'établit à la peau; le pouls demeura calme; il y eut dans la nuit cinq heures de sommeil.

21 *mars*.—A la visite, l'œil paraît un peu injecté; pouls plein et fréquent; la peau chaude et moite. La douleur de tête revient toujours à chaque secousse de toux, mais de plus au moindre mouvement. — Prescripion: *saignée de deux palettes; cataplasmes émollients sur les yeux; boissons émollientes; pâte de lichen; deux loochs; six pilules d'opium. — Diète.*

Le soir, la douleur ayant disparu, la toux diminuée, le pouls étant calme, je permis un bouillon que la malade réclamait. Par un fâcheux contretemps, le bouillon ne fut point donné; la malade s'agita, se plaignit et finit par pleurer à chaudes larmes.

22 *mars*.—La douleur et l'injection continuent; du reste état assez satisfaisant.—Je réduis à trois le nombre des pilules d'opium.—*Deux bouillons.*

23.—Les bouillons ont été bien supportés; pas de fièvre, plus de toux; sommeil tranquille; seulement la malade se plaint pour la première fois que l'œil larmoie beaucoup. — On cesse l'usage de l'opium et on donne deux potages.

25. — Le larmoiement continue, et s'accompagne d'une photophobie intense. A peine la malade peut-elle entr'ouvrir l'œil, qui cependant paraît à peine injecté. Il n'y a pas eu de selles depuis l'opération.—*Lavement laxatif.*

26. Plus de larmoiement; état local et général satisfaisant.—*Une portion d'aliments.*

Le 27, le larmoiement et la toux revinrent, sans cause connue; ou du moins la malade nia absolument avoir commis la moindre imprudence. Le 28, je crus prudent de donner un nouveau lavement purgatif; il en fallut deux pour avoir des selles; mais après une véritable débâcle, toute douleur disparut, et le larmoiement diminua beaucoup.

Les jours suivants, tout allait bien, et la malade mangeait deux portions, lorsque le 2 avril elle se prit de querelle avec sa voisine et se mit à pleurer. La douleur et le larmoiement reparurent, mais cédèrent dans les 24 heures à l'emploi des cataplasmes.

Le 5 avril, à la visite, la douleur et le larmoiement sont aussi intenses que jamais. Nous apprenons que la veille la malade a joué aux cartes avec sa voisine durant plusieurs heures et jusque dans la soirée. Il fallut combattre encore ces nouveaux accidents; et enfin, le 10 avril, l'œil s'ouvrant facilement et largement, nous reconnûmes avec regret que la cicatrice était presque aussi opaque que la tache primitive, et que la malade n'y voyait pas mieux. Le seul motif de satisfaction, si léger qu'il fût, c'est que l'opacité ne s'était pas agrandie.

Ce triste résultat ne pouvait pas trop étonner après les imprudences réitérées de la malade; mais c'était toujours un mauvais début pour une opération nouvelle. Cependant je ne perdis pas encore courage. L'opacité que nous avions à combattre était récente cette fois; qui pouvait dire si elle ne céderait pas plus facilement que l'ancienne à l'action des topiques?

La chose valait au moins la peine d'être tentée. Je prescrivis donc l'emploi de la pommade au borate de soude.

Quelques jours se passèrent ainsi. Comme à vrai dire je ne conservais pas beaucoup d'espoir, le 18 avril, en montrant les malades du service à quelques médecins étrangers, je m'arrêtai près du lit de notre opérée et je faisais l'histoire de mon opération et de mon insuccès, lorsqu'elle m'interrompit en disant qu'elle y voyait beaucoup mieux qu'avant l'opération. J'examinai donc l'œil opéré, et, à ma grande joie, je vis en effet que l'opacité de la cicatrice avait sensiblement diminué. La malade voyait mieux et à une plus grande distance. Afin de m'assurer exactement de ses progrès, je me munis d'un de ces cahiers imprimés des fondeurs de caractères, où se trouvent tous les caractères d'imprimerie depuis les plus gros jusqu'aux plus fins. Elle lut donc d'abord des lignes imprimées en lettres d'un centimètre de hauteur; et chaque jour amenant quelque amélioration, le 26 avril, l'œil gauche exactement fermé, elle lut couramment deux lignes en caractères ordinaires de 5 millimètres.

Chaque jour nous renouvelions l'épreuve, et chaque jour elle déchiffrait de nouveaux caractères. Au commencement de mai cependant, l'opacité parut rester stationnaire; je présumai que l'œil était trop accoutumé à la pommade de borate de soude, et je la remplaçai par celle de nitrate d'argent. En effet, l'amélioration reprit son cours; le 7 mai, elle lisait en français et en latin des paragraphes entiers en caractère de moins de 2 millimètres de hauteur; et pour ceux qui connaissent les caractères d'imprimerie, elle alla ainsi jusqu'aux plus fins caractères, sauf la nonpareille dont la finesse lui brouillait les yeux. Enfin on sait sur quel papier terne, avec quel petit texte et quels caractères usés sont imprimés les règlements relatifs au régime qu'on lit en tête de nos cahiers de visite dans les hôpitaux de Paris; elle les lisait couramment en se mettant à un jour convenable; et c'est assurément plus que nous n'aurions espéré.

Elle sortit le 10 mai, aussi satisfaite que nous-même. L'œil était beau et brillant; à la distance où se tiennent les interlocuteurs dans une conversation ordinaire, il était impossible de le distinguer d'un œil tout à fait normal. En y regardant de près, on y voyait encore une légère teinte opaline, particulièrement vers le centre; mais surtout on remarquait avec intérêt le talus circulaire creusé sur la cornée, vestige ineffaçable de l'incision et de la perte de substance qu'elle avait subies. Enfin une très-petite saillie en pointe, au côté externe de la circonférence libre de l'iris, témoignait de la lésion de cette membrane durant l'opération, sans qu'elle eût toutefois rien perdu de sa mobilité.

Je rendis compte de ce succès inespéré dans mon numéro du 20 mai; mais en faisant encore toutes réserves pour l'avenir. Il s'agissait, en effet, de savoir si l'amélioration se maintiendrait, et surtout s'il n'arriverait pas de ces accidents dont nous menaçaient les ophtalmologistes. Et, en effet, l'événement parut leur donner en partie raison; notre opérée rentra à la Clinique le 5 septembre, quatre mois environ après sa sortie, et ayant à peu près perdu tous les bénéfices de l'opération.

Elle raconta qu'aussitôt après sa sortie elle s'était remise à travailler de son état de lingère; elle était plus particulièrement occupée à monter des bonnets. Pendant quinze jours tout avait bien été, sauf un peu de fatigue des yeux; après quoi la vue s'était brouillée insensiblement; et comme nous lui avions recommandé de ménager ses yeux pendant quelque temps, la pauvre enfant, redoutant des reproches, n'avait osé venir nous revoir que quand enfin elle avait perdu toute espérance. Elle revint même assez à contre-temps; car c'était au moment où je racontais mon succès en plein amphithéâtre, disant, comme c'est la coutume, que puisque la malade n'était pas revenue, probablement c'est que la guérison se maintenait; ce fut dans ce moment qu'un de mes internes l'aperçut parmi les consultants, donnant ainsi un éclatant démenti à ce que je venais de dire.

Nous l'admîmes toutefois avec empressement; il était trop important de savoir à quoi nous en tenir sur les conséquences de notre opération. L'œil n'était nullement enflammé; il n'y avait ni injection, ni douleur, ni photophobie, ni saillie de la cornée; rien que l'opacité de la cicatrice. Elle fut traitée d'abord par la pommade de borate de soude; l'effet de celle-ci étant épuisé, par la pommade de nitrate d'argent, à doses croissantes selon le besoin; une amélioration prononcée ne tarda pas à se manifester; nous la

suivîmes de jour en jour avec nos caractères d'imprimerie ; au bout d'un mois environ, la transparence était presque entièrement reconquise ; mais pour assurer à la jeune fille un temps de repos qu'elle n'aurait guère pu avoir chez sa mère, je la gardai jusqu'au 23 octobre, et la renvoyai alors voyant aussi bien que la première fois.

Je lui avais expressément recommandé de changer de profession, et surtout de ne pas tarder à venir me voir si l'opacité récidivait encore. Ne l'ayant pas revue, au moment de livrer ce travail à l'impression, je me suis rendu chez sa mère, qui m'a donné les renseignements que voici.

La jeune fille a en effet quitté son état, et s'est d'abord mise en service comme femme de chambre. Puis elle a quitté aussi cette condition, et depuis un mois environ elle est à Corbigny (Nièvre), chez une parente, en qualité de demoiselle de magasin. Elle n'a eu aucune menace de récidive ; l'œil est aussi clair et aussi beau que lors de sa sortie de l'hôpital. Durant son second séjour à la Clinique, la menstruation s'était établie ; elle a continué régulièrement depuis. Quand les règles veulent venir, la vue se brouille un peu ; mais elle se remet aussitôt que l'écoulement a lieu.

Le deuxième cas qui s'offrit à moi était d'une tout autre nature, et en quelque façon désespéré. Je ne le soumettrais pas à l'opération aujourd'hui ; et alors il ne fallut rien moins pour m'y décider que les vives instances du malade, et la conviction, donnée par une première expérience, qu'il n'avait absolument rien à perdre, tandis que j'espérais lui faire gagner quelque chose. Malgré tous les obstacles qui s'opposèrent à notre entreprise, il partit en effet ayant plutôt gagné que perdu ; mais le bénéfice fut si peu de chose que, je le répète, je ne me croirais pas en droit de recommencer, et que je compte le fait pour un insuccès.

Obs. II. — *Cicatrice avec plaque dermoïde sur la cornée ; oblitération et adhérence de l'iris; opération sans accidents, mais sans succès.*

Pierre Dubois, âgé de 37 ans, mineur à Avranches, avait mis le feu à une mine le 7 juin 1842, et comme l'explosion ne se faisait pas, impatient de ce retard, il était allé se pencher sur la mine afin d'en rechercher la cause. En ce moment la mine éclata, l'avant-bras gauche fut horriblement mutilé et dut être enlevé par une amputation ; la face fut criblée de grains de poudre ; l'œil droit largement crevé se vida complétement ; et un éclat de pierre divisa à la fois la paupière supérieure et la cornée de l'œil gauche. Il s'ensuivit une adhérence de la paupière au globe oculaire, et une cicatrice si large et si épaisse sur la cornée qu'il ne voyait pas même pour se conduire. Dans ce triste état, il vint à Paris, s'adressa à plusieurs chirurgiens des hôpitaux qui tous s'accordèrent à dire qu'il n'y avait rien à faire, et retourna tristement passer l'hiver dans son pays. Là il consulta divers médecins français et anglais ; essaya les remèdes de tous les charlatans, et revint définitivement à Paris en février 1843. Il acheva alors de faire le tour des hôpitaux, toujours repoussé dans ses espérances, et se présenta enfin à la Clinique dans les premiers jours de mars. Voici quel était l'état de l'œil gauche, le seul qui peut-être offrit encore quelque ressource :

La cornée avait été fendue en travers dans toute son étendue, un peu au-dessous de son diamètre transversal ; la solution de continuité se reconnaissait aisément à une cicatrice épaisse, blanche, saillante, analogue aux cicatrices des brûlures. Au-dessus et au-dessous la cornée était cachée par une plaque dermoïde presque aussi épaisse, blanchâtre, qui paraissait en partie recouverte d'un épiderme très-fin, et se continuait jusque sur la sclérotique. En haut et en dehors seulement, il restait un petit coin de la cornée de l'étendue d'une tête d'épingle, qui, sans être tout à fait transparent, l'était assez du moins pour laisser pénétrer quelques rayons lumineux. Ce petit coin était presque caché par la paupière supérieure, qui avait été fendue obliquement vers son tiers interne, et dont la cicatrice adhérait à l'extrémité interne de celle de la cornée. Cependant, par ce point demi-lucide, en relevant la paupière le plus possible, lorsqu'il faisait beau jour, le malade avait quelque sensation de la lumière, qu'il comparait lui-même à celle qu'on perçoit à travers les paupières fermées ; et, ajoutait-il, *toute faible qu'elle soit, cela me console*.

A la vue de cette profonde misère, de cette résignation et de ce courage, je fus douloureusement ému, et je me demandai si l'opération que je méditais alors ne pouvait rien pour cet homme. Mais mes expériences n'étaient pas achevées ; j'ignorais si, même pour des cas plus

favorables, l'excision de la cicatrice serait utile; j'ignorais surtout quelle réaction elle pourrait produire; et il ne fallait pas risquer encore de priver ce malheureux de la faible sensation de lumière qui le consolait. En conséquence je ne voulus pas le recevoir pour le moment, et lui dis de revenir. Il revint, et je l'admis le 18 mars.

Je restai longtemps cependant sans me décider à l'opérer, malgré ses instances chaque jour répétées; je voulais savoir d'abord ce qu'il adviendrait de l'opération d'Elisa Chaudot; mais quand, après toutes les imprudences de celle-ci, je vis que l'inflammation et l'opacité avaient respecté la portion transparente de la cornée, je n'hésitai plus, et je l'opérai le 11 avril.

Tout étant disposé comme il a été dit, avec une érigne très-fine j'accrochai la plaque dermoïde de la cornée un peu au-dessous du point resté demi-transparent, et je la cernai jusqu'à la cicatrice transversale, par une incision demi-circulaire. Un vaisseau assez développé fut divisé vers l'adhérence de la paupière supérieure; on épongea le sang avec de l'eau froide. Une pince à dents de souris saisit le bord du lambeau, que je disséquai de haut en bas dans une étendue d'environ 7 millimètres. Cette première lame était assez épaisse; cependant la cornée semblait aussi opaque qu'auparavant. J'enlevai une deuxième lamelle; après quoi le malade s'écria qu'il voyait le jour. Pour nous, la teinte blanchâtre de la cornée avait pris seulement une nuance bleuâtre; ce ne fut qu'après l'ablation d'une troisième couche qu'elle devint assez transparente pour nous faire reconnaître ce que nous avions seulement présumé avant l'opération, savoir que la pupille était absolument oblitérée. Il ne paraissait pas y avoir de chambre antérieure; l'iris paraissait accolé à la cornée. La cornée avait subi de son côté une singulière dégénérescence; elle paraissait composée de faisceaux fibreux très-distincts, d'un millimètre de largeur, disposés en travers et parallèlement les uns aux autres. Craignant d'aller trop loin, je râclai quelque peu les faisceaux pour les amincir; et je renvoyai le malade à son lit, l'œil recouvert comme après l'opération de la cataracte.

L'opération avait été fort peu douloureuse, soit à cause de la transformation de la cornée, soit que le moral du malade lui eût fait surmonter la douleur. Il n'y eut pas plus de douleur consécutive; on permit deux potages gras qui furent pris avec appétit; et le lendemain, l'œil se présentait dans l'état suivant:

La conjonctive est un peu injectée; mais la rougeur n'est pas inflammatoire, et ressemble à une simple extravasation sanguine. Elle s'arrête d'ailleurs brusquement à l'incision; et la surface disséquée apparaît pure de sang et de pus, d'une teinte brune-bleuâtre due manifestement à l'iris, et plus transparente qu'hier même après l'opération. Le malade était enchanté de la quantité de lumière qui arrivait à son œil; il le fut bien plus encore quand il sut qu'on pourrait essayer de décoller ou de perforer l'iris.— Appétit excellent; deux portions.

Les choses allèrent de même le 13; le 14 il apparut quelque inflammation à la conjonctive, mais brusquement limitée à l'incision, et qui d'ailleurs se dissipa d'elle-même.

Jusqu'au 18, notre surface était restée nette et pure; ce jour-là quelques vaisseaux rouges apparurent à sa circonférence, venant des tissus qui l'entouraient; je les réprimai avec le nitrate d'argent.

Le lendemain, ils avaient reparu; on les réprima de nouveau. Deux jours après, puis encore trois jours après, il en fut de même; et alors il devint évident qu'on n'empêcherait pas la cicatrice de se faire et de ramener une plus grande opacité; seulement il s'agissait de l'avoir le plus mince possible.

Un autre point beaucoup plus important était d'écarter le voile opaque formé derrière la cornée par l'iris. J'essayai donc avec une aiguille à tranchant convexe, portée par la sclérotique, de détacher l'iris de la cornée, et je ne pus; de décoller l'iris à sa circonférence, et je ne pus; et enfin de faire à l'iris une déchirure suffisante, et je ne pus pas davantage. Il y avait adhérence complète sur tous les points de cette membrane à la cornée.

Le malade m'excitait à de nouvelles tentatives; mais quelle espérance nous restait-il? Je le gardai près de quatre mois dans le service, après sa première opération, et le renvoyai le 6 août 1843. Alors la surface mise à nu avait repris une teinte blanchâtre à sa circonférence et blanc-bleuâtre au centre; mais elle était toujours plus humide et moins opaque qu'avant l'opération; et le talus de l'incision demi-circulaire prouvait assez que la cornée n'avait pas repris l'épaisseur qu'elle nous avait offerte. Loin de perdre quelque chose du côté de la sensation de la lumière, le malade déclarait qu'il avait gagné, et il partit en nous comblant de remerciments que nous aurions voulu mieux mériter.

Quoique ce fait s'écarte beaucoup des lésions ordinaires de la cornée pour lesquelles

l'abrasion peut être légitimement pratiquée, il m'apporta cependant une utile leçon. Avec aussi peu d'irritation locale que possible, on voit que la surface disséquée n'a pas pu rester plus de sept jours sans être envahie par des vaisseaux, et que ces vaisseaux étaient fournis et entretenus par les portions épaissies et engorgées qu'il avait bien fallu laisser.

Obs. III. — *Tache molle et pulpeuse datant de* 8 *mois; abrasion incomplète; absence complète d'accidents.*

Louise Largeat, âgée de 6 ans, fut amenée de la campagne à l'hôpital des Cliniques, le 27 octobre 1843. Il y avait neuf mois que tout à coup, au milieu de la nuit, elle avait été frappée d'une ophthalmie intense de l'œil droit dont elle n'offrait aucun indice la veille. Cette ophthalmie dura un mois, et laissa à sa suite une tache de la cornée qui n'avait point été combattue et pour laquelle on venait réclamer nos soins.

Au centre de la cornée de l'œil droit, se voyait une tache blanche, nacrée, épaisse, occupant tout le champ de la pupille, hormis un léger point laissé libre en haut et en dedans; au contraire, en bas et en dehors, elle envahissait toute la cornée jusqu'à la sclérotique, en s'éclaircissant toutefois; et sa plus grande opacité était au niveau de la pupille. La vue de cet œil était réduite à fort peu de chose; de face, la malade n'avait que la sensation de la lumière; seulement en haut et en dedans il arrivait assez de rayons pour permettre à l'enfant de distinguer vaguement les objets et de se conduire. L'œil gauche était entièrement sain; l'état général des plus satisfaisants.

Je procédai à l'opération le 1er novembre, en cernant la tache par une incision circulaire; et je fus assez surpris de n'en pas voir suinter la moindre gouttelette de sang. Ce ne fut que lorsque la dissection arriva vers le centre du lambeau qu'un peu de sang sortit; mais je trouvai alors une difficulté à laquelle je ne m'attendais pas. La circonférence du lambeau était ferme et donnait prise à mes pinces: mais, vers le centre, la tache n'avait qu'une consistance molle et comme pultacée; de telle sorte qu'au lieu de poursuivre la dissection à l'ordinaire, il fallut râcler ce tissu mou et sans résistance. Cependant il restait au-dessous une couche plus solide et encore opaque; mais les pinces n'y mordaient pas, et la seule ressource aurait été de glisser par-dessous la lame du ténotome pour l'enlever en dédolant. Malheureusement nous avions affaire à une enfant tellement indocile et agitée, que tous mes aides ne suffisaient pas à empêcher ses mouvements; et je craignis dans un de ses soubresauts de porter l'instrument plus loin qu'il n'aurait fallu. Je préférai donc laisser l'ablation incomplète, espérant que le peu d'opacité forcément restée se dissiperait par le traitement consécutif.

La douleur déterminée par l'opération ne dura pas au delà d'une demi-heure; l'enfant demanda à manger le jour même, et je lui accordai deux potages. La nuit fut très-calme; le lendemain et les jours suivants il n'y eut ni inflammation ni fièvre; aussi mit-on tout de suite l'opérée à une portion d'aliments; et le 6 novembre on commença à faire usage de la pommade de borate de soude. Quelques jours après, en vue d'accélérer la résorption, j'ajoutai des insufflations de sulfate de cadmium. Malheureusement les parents vinrent la reprendre le 17 novembre, avant qu'on eût pu obtenir une amélioration sensible dans la vision; et depuis je ne l'ai pas revue et n'ai pu avoir de ses nouvelles.

Cette observation n'a pu être poursuivie assez loin pour permettre de juger le résultat définitif; elle présente cependant quelques circonstances assez importantes à recueillir. D'abord l'absence d'effusion sanguine après l'incision circulaire, qui semblait promettre une exécution plus facile; puis la mollesse de la tache centrale, qui l'a surchargée au contraire, d'une difficulté inattendue, sont des conditions tout à fait autres que celles de notre premier essai. Quant aux suites, l'absence de douleur, d'inflammation, de larmoiement n'est pas moins remarquable, en ce qu'elle prouve que ces phénomènes ne sont pas inhérents à l'opération.

Ce sont là toutes les opérations que j'ai faites jusqu'à ce jour. Certes les sujets ne m'ont pas manqué; mais à mesure que je les étudiais, je voyais s'accroître le nombre des contre-indications. Un jeune homme, par suite d'une ophthalmie purulente, avait perdu complétement l'un des yeux, et l'autre était couvert d'une tache blanche, épaisse, proéminente, occupant toute l'étendue de la cornée; sauf un léger limbe à la partie

inférieure; il n'avait, comme mon deuxième malade, qu'une vague sensation de la lumière. Je le renvoyai, voulant attendre le résultat de mes deux premières opérations, et depuis je ne l'ai pas revu. Je pense que, dans un cas pareil, le chirurgien ne doit ni provoquer ni même accorder légèrement l'opération, de peur de compromettre l'art; car il y a tout à la fois trop peu de chances de succès et trop de chances de staphylôme. Mais cependant si le malade, résolu à tout, demandait avec instance à courir cette dernière chance de salut, peut-être les résultats obtenus par Gouan et par M. Gulz devraient faire fléchir la résistance du chirurgien; et, en définitive, il est assez indifférent à un aveugle de l'être par un leucoma ou par un staphylôme. Mais il ne faudrait pas alors rejeter sur l'opération les échecs qui pourraient suivre; car les contre-indications sont trop nombreuses et trop manifestes; et elle ne serait appliquée en quelque sorte qu'à regret, suivant l'aphorisme, *ad extremos morbos*, ou encore suivant la maxime invoquée par Mead: *satiùs est anceps experiri remedium quam nullum.*

Les taches de la cornée qui me paraissent surtout indiquer cette opération sont les taches centrales, qui masquent la pupille sans se confondre à la circonférence avec la sclérotique, et qui d'ailleurs ont résisté à tous les moyens. Les chirurgiens ne savent alors que recourir à la pupille artificielle; belle et splendide ressource, surtout quand il n'y a qu'un œil affecté! Je ne veux point nier les bienfaits de cette opération; mais, outre qu'elle ne réussit pas toujours, à la difformité qui résulte de la tache cornéenne, elle ajoute de son chef une difformité nouvelle, et ne doit être appliquée à mon avis que quand tous les autres moyens ont été épuisés. Or, l'abrasion de la cornée a droit d'être essayée auparavant, d'abord parce que, en cas de succès, le résultat est incomparablement supérieur; et qu'ensuite, si elle échoue, elle n'empêche nullement d'en venir à la pupille artificielle.

Mais ici d'autres contre-indications se présentent. D'abord le jeune âge et l'extrême indocilité des sujets, qui empêcheraient de terminer convenablement l'opération doivent être mis en ligne de compte, d'autant qu'il n'y a nul péril à attendre. Il faut aussi que l'opéré ne soit pas astreint après sa guérison à reprendre une profession trop fatigante pour les yeux; j'ai en ce moment dans mon service, à Saint-Antoine, une jeune fille à qui l'opération sera probablement nécessaire, et que j'ai dû prévenir de cette condition indispensable. Mais ce que le chirurgien devra avant tout considérer, c'est la disposition des yeux à contracter sans cesse de nouvelles ophthalmies, comme il arrive chez les sujets scrofuleux. Il m'était venu de Troyes une jeune personne affectée d'une taie centrale, bien délimitée, et en apparence dans les conditions les plus favorables. Elle n'était pas entrée depuis huit jours qu'elle fut prise d'une ophthalmie scrofuleuse. On la soumit à un traitement actif; l'inflammation disparut; au bout de quinze jours, tout allant bien, j'avais pris jour pour l'opération; le matin même qui avait été choisi à cet effet, nouvelle ophthalmie sans cause connue; et la jeune personne ne restait pas plus de trois semaines ou un mois sans en avoir quelque nouvelle atteinte. On comprend que l'opération n'aurait jamais donné ici qu'un bénéfice momentané; et je me gardai bien de la tenter. J'essayai d'éclaircir la cornée à l'aide de tous les topiques connus; je fis même quelques scarifications sur la tache avec la pointe d'une lancette; tout fut inutile; et, dans plusieurs autres cas, le même obstacle m'a arrêté.

Il reste bien une dernière objection, savoir, que dans les conditions les plus favorables en apparence, on risque encore de faire une opération vaine. C'est là une vérité trop vraie, si l'on peut ainsi dire, et qui pèserait du même poids sur toute la médecine opératoire. Pour nous en tenir à l'ophthalmologie, à combien de revers n'expose pas l'opération de la cataracte? Revers tels quelquefois que non-seulement le malade n'a rien gagné, mais qu'il est dans un état pire, mais que l'œil est absolument perdu. L'abrasion de la cornée présente certainement moins de dangers; elle est commandée par des indications toutes aussi puissantes; cela suffit de reste pour qu'elle doive être définitivement adoptée.

Dissection d'une luxation incomplète des os de l'avant-bras en arrière, *datant de plus de sept ans ;* par **M. Gély**, *D.-M.-P., de Nantes* (1).

Le cadavre sur lequel fut trouvé cette pièce était celui d'une fille publique, agée de 28 ans, laquelle avait succombé à une phthisie pulmonaire après un séjour de deux ans à l'hôpital.

Des renseignements ultérieurs nous apprirent que l'affection qui va être décrite remontait à plus de sept ans. En faisant un voyage à cheval, cette fille tomba deux fois sur le côté. Il s'ensuivit un gonflement énorme du bras jusqu'à l'épaule, ce qui empêcha sans doute de reconnaître la luxation ; le traitement fut long, et la malade resta estropiée.

Le bras était fléchi à peu près à angle droit. Le coude ne paraissait pas sensiblement déformé, et n'était pas même remarquable par un excès de volume. Je soupçonnai d'abord une ankylose par arthrite chronique, et, pressé par le temps, je commençai la dissection sans constater les symptômes qui pouvaient résulter de l'inspection extérieure. Cependant, après avoir enlevé la peau et l'aponévrose, au moment où je cherchais à isoler les muscles, il me fut facile de pressentir que les os n'étaient pas dans leurs rapports habituels ; et dès lors je redoublai de soins dans cette dissection.

L'aponévrose était épaissie sur les faces latérales de l'articulation, et fortement adhérente aux parties sous-jacentes.

Les muscles qui s'attachent à l'épitrochlée avaient subi en partie, mais sur ce point seulement, la transformation fibreuse. L'arcade aponévrotique du cubital antérieur sous laquelle passe le nerf cubital est beaucoup plus épaisse qu'elle ne devrait l'être.

Au-dessous d'elle on rencontre une couche ligamenteuse de nouvelle formation, très-épaisse, s'insérant d'une part au bord interne de l'olécrâne et à la base de l'apophyse coronoïde, jusqu'à la partie la plus inférieure de l'attache du brachial antérieur, et d'autre part à l'épitrochlée.

Cette toile fibro-ligamenteuse épaisse, solide, représente donc le ligament latéral interne quant à ses fonctions, et s'est évidemment formée aux dépens des tissus qui avoisinent ce ligament, et principalement aux dépens de l'aponévrose marginale du triceps auprès de l'olécrâne, des fibres d'insertion des muscles épitrochléens et du cubital antérieur au niveau de l'articulation ; enfin aux dépens du tendon du brachial depuis l'épitrochlée jusqu'à la base de l'apophyse coronoïde.

Le muscle brachial antérieur recouvre une saillie osseuse considérable, qu'il est facile de reconnaître pour la partie inférieure de l'humérus. On remarque que cette éminence

(1) Cette observation, qui demande à être attentivement étudiée, a une importance capitale, d'abord à cause des détails précieux dont elle abonde ; et ensuite parce qu'elle donne la preuve irréfragable de la luxation incomplète de l'avant-bras en arrière. Dès 1837, j'ai professé non-seulement que cette luxation existait en réalité, mais qu'elle était beaucoup plus commune que la luxation complète ; et l'expérience de sept années n'a fait que me confirmer dans mon opinion. Je suis donc très-surpris de voir encore quelques chirurgiens soutenir jusqu'à l'impossibilité de cette sorte de déplacement ; l'observation de M. Gély servira peut-être à les convaincre. Ce n'est pas là d'ailleurs une question de pure théorie ; et je me propose de démontrer un peu plus tard dans un travail spécial toute l'importance du diagnostic différentiel des luxations complètes ou incomplètes, soit pour le pronostic, soit pour la thérapeutique.

Je saisis cette occasion de remercier M. Gély d'avoir bien voulu me communiquer la pièce anatomique ; l'étude de cette pièce m'a conduit à quelques rectifications qui trouveront place dans les notes suivantes, ce qui n'empêche pas sa description d'être la plus exacte et la plus intéressante que je connaisse. (M.)

osseuse fait spécialement saillie vers le bord interne de l'avant-bras, au lieu d'occuper, comme on devait s'y attendre, toute l'étendue du pli du bras. L'aponévrose profonde du muscle brachial et les débris du ligament antérieur confondus ensemble ont donné naissance à une capsule ligamenteuse fort épaisse qui recouvre l'extrémité de l'humérus et spécialement son condyle, lequel est venu se placer au niveau de l'espace interosseux par un mécanisme que nous décrirons bientôt. Du côté de la trochlée, cette capsule beaucoup plus mince se confond avec le ligament latéral de nouvelle formation. Ce ligament capsulaire antérieur, presque fibro-cartilagineux, s'insère en bas à la partie inférieure de l'apophyse coronoïde et en haut à la ligne de terminaison du cartilage de l'humérus.

En dehors, il part de l'épicondyle un faisceau ligamenteux fort épais qui se rend au ligament annulaire également volumineux. Les muscles épicondyliens étaient en partie confondus avec cet appareil ligamenteux qui représente exactement les liens qui unissent dans l'état normal le radius à l'humérus.

Les rapports du cubitus et du radius entre eux ne sont nullement altérés, le ligament annulaire est parfaitement intact.

La dépression condylienne du radius, qui se trouve dans le même plan que la face postérieure de l'humérus, par suite de la flexion de l'avant-bras, est recouverte par une espèce de capsule fibreuse qui part du ligament annulaire et du ligament latéral, pour se rendre en arrière sur les côtés de l'olécrâne; et en dedans à un peloton cellulo-fibreux qui occupe la cavité olécrânienne de l'humérus. (Cette partie a été détachée et renversée en dehors pour laisser voir les surfaces osseuses.)

Ajoutons, pour terminer ce qui a rapport aux parties molles, que le muscle brachial antérieur adhérent en bas, à la capsule fibreuse antérieure, était fort aminci et nécessairement inactif dans son cinquième inférieur. Le biceps et le triceps étaient grêles, mais sans altération.

État des os.

L'olécrâne fait en arrière une saillie assez considérable ; la distance qui le sépare de l'épitrochlée est de 35 millimètres. Cette éminence est située sur un plan inférieur d'environ 18 millimètres à celui des tubérosités externes et internes, tandis que, dans l'état normal, cette différence n'est que de 10 millimètres dans le degré de flexion où se trouve l'avant-bras. Cette apophyse a conservé sa forme habituelle, son échancrure sygmoïde est également libre et régulière (1).

L'apophyse coronoïde du cubitus, loin d'avoir perdu de son volume, est hypertrophiée. Elle repose dans une rainure profonde creusée sur la partie postérieure de la partie humérale un peu plus près de son bord externe que de l'interne. Sa base est en contact avec la partie inférieure de l'humérus. Le sommet de cette apophyse, surmonté par un tubercule osseux, fait saillie dans la partie inférieure de la cavité olécrânienne de l'humérus.

La tête du radius répond par son rebord antérieur à la partie de l'humérus qui se trouve placée dans l'état normal au-dessus et en dehors du condyle de l'humérus; entre la cavité olécrânienne et l'épicondyle. La surface supérieure concave est libre en arrière et se trouve de niveau avec la face postérieure de l'humérus (2). L'extrémité supérieure du radius n'a donc subi aucune déformation.

Ce n'est donc pas en définitive aux os de l'avant-bras que revient la plus grande part dans les changements consécutifs à la luxation. C'est en effet sur l'humérus que

---

(1) Sauf la déformation produite en avant par le tubercule osseux dont il est question dans le paragraphe suivant. (M.)

(2) Je la trouve à 2 ou 3 millimètres plus en avant. On voit même à la face postérieure de l'humérus une saillie osseuse qui descend en arrière de la tête radiale. (M.)

ceux-ci se font spécialement remarquer. Voici ce que l'on observe à cet égard sur son extrémité anti-brachiale.

L'épitrochlée, hypertrophiée en arrière où elle se confond avec le rebord interne de la trochlée est à l'état normal en avant.

La trochlée, qui est embrassée par l'échancrure sygmoïde dans l'état normal, est remplacée *en arrière* par une échancrure profonde qui reçoit l'apophyse coronoïde. La profondeur de cette échancrure est augmentée par le développement des parties latérales. En dedans nous avons déjà indiqué l'hypertrophie de l'épitrochlée; en dehors il existe un tubercule osseux analogue sur le rebord externe de la trochlée. La partie antérieure de cette poulie articulaire est à peu près intacte sous la capsule de nouvelle formation. Seulement elle est rétrécie, refoulée en dedans par la projection du condyle huméral. Le rebord interne de cette poulie proémine en dedans des os de l'avant-bras au niveau de l'apophyse coronoïde.

La petite tête du condyle de l'humérus n'est plus du tout visible en arrière, où elle est remplacée par une excavation qui reçoit le bord antérieur de la tête du radius. Cette gouttière de nouvelle formation a pour limites en dehors l'extrémité de l'épicondyle; en dedans le tubercule osseux développé sur le rebord externe de la trochlée. Le plan de cette gouttière est plus élevé que celui de la rainure creusée sur la trochlée, ce qui fait que la tête du radius a remonté plus haut que la partie correspondante du cubitus, et que les deux os de l'avant-bras ne sont plus sur un plan horizontal.

En avant on trouve le condyle huméral fortement projeté en haut et en dedans. Ce qui rend cette disposition plus remarquable, c'est que le bord externe de l'humérus et l'épicondyle qui le termine, n'ont pas suivi ce mouvement (1); en sorte que la distance qui sépare ces deux points, laquelle n'est dans l'état naturel que de 10 millimètres environ, se trouve ici de près de 30 millimètres. Par suite de cette disposition, la face externe de l'humérus acquiert beaucoup de largeur en bas, et la bifurcation externe de son bord antérieur se dirige transversalement sur le condyle transporté sur la ligne médiane. Cette partie osseuse fait une saillie considérable qui répond au milieu du pli du bras, et se trouve ainsi placée entre le tendon du brachial antérieur et celui du biceps qui passe à son côté externe. Ce condyle a nécessairement perdu de son volume transversalement, mais il en a gagné beaucoup dans le sens antéro-postérieur.

La cavité coronoïde a presque disparu (2); la cavité olécrânienne a diminué surtout de haut en bas par suite de la dépression qu'a éprouvée la trochlée, et du refoulement en haut et en avant du condyle huméral.

Rien dans l'état des os et des parties molles ne peut faire supposer une maladie de l'articulation: c'est bien évidemment une luxation traumatique qui a été la cause du déplacement actuel des os. On peut donner une idée générale de la situation où ils se trouvent en disant:

1° Que les deux os de l'avant-bras sont incomplétement luxés en arrière sur l'extrémité inférieure de l'humérus;

2° Que cette extrémité humérale a éprouvé une déformation remarquable, caractérisée surtout par la projection en avant, en haut et en dedans, du condyle et de la partie contiguë de la trochlée;

3° Que les os de l'avant-bras ont éprouvé un changement de position, tel qu'ils ne paraissent pas situés sur un plan horizontal, mais bien dans une position oblique, caractérisée par l'élévation de la tête du radius par rapport à la partie correspondante du cubitus.

Il semble, en effet, au premier abord, que l'avant-bras ait été poussé un peu en dehors

(1) Je ne sais si le déplacement si étrange du condyle huméral ne s'expliquerait pas mieux par une fracture qui aurait même un peu entamé l'épicondyle; c'est là du moins l'impression que m'a faite la pièce anatomique. (M.)

(2) Il y a là un peu d'exagération; je la trouve en très-grandes parties conservée. (M.)

en même temps que la face antérieure se serait déviée en dedans. On remarque en même temps que le poignet se dirige en dehors.

L'existence d'une luxation incomplète en arrière est établie par la position respective des os du bras et de l'avant-bras.

Le peu de saillie de l'olécrâne en arrière, son abaissement au-dessous du plan des tubérosités humérales, la position de l'apophyse coronoïde au-dessous de la cavité olécrânienne, malgré la dépression profonde qu'elle a fait naître sur la trochlée, la position du bord antérieur de la tête du radius derrière la base du condyle, et surtout l'affleurement complet de la surface supérieure de cet os avec la face postérieure de l'humérus (1) sont des phénomènes anatomiques inhérents à la luxation incomplète du coude. Si l'on rétablit par la pensée la disposition normale de l'extrémité articulaire de l'humérus, et si d'autre part on examine une articulation saine sur laquelle on a opéré une luxation incomplète à l'aide de la rupture des faisceaux postérieurs des ligaments latéraux, on trouve entre ces deux états la plus parfaite analogie.

Une circonstance remarquable déjà signalée plus haut, c'est que les déformations qui devaient résulter du contact nouveau et permanent des surfaces osseuses ont uniquement porté sur l'humérus. C'est lui qui a cédé partout à la pression exercée par les os de l'avant-bras. Ceux-ci n'ont pour ainsi dire subi aucun changement, tandis que l'on remarque sur l'extrémité articulaire de l'humérus des modifications qui la rendait en quelque sorte méconnaissable. On doit noter à cet égard l'hypertrophie de l'épitrochlée en arrière, la diminution de la cavité olécrânienne, la formation d'une rainure profonde sur la partie postérieure de la trochlée pour loger l'apophyse coronoïde, l'affaissement de la surface placée en arrière entre la trochlée et l'épicondyle et qui a permis l'élévation du radius, la projection en haut et en dedans du condyle huméral et de la partie antérieure de la trochlée. Il est évident que toutes ces déformations sont dues au contact des os de l'avant-bras. La gouttière de la trochlée a été produite par le contact de l'apophyse coronoïde. La projection du condyle en avant, en haut et en dehors, la dépression de l'espace situé entre la trochlée et l'épicondyle, la formation d'une surface articulaire en bas, sont l'effet du contact de la tête du radius contre ces parties. Ainsi se trouve expliquée l'espèce d'incurvation en avant et en haut, avec répulsion en dedans, qu'a subie la partie interne et centrale de la surface articulaire de l'humérus.

Nous avons dit que les os de l'avant-bras avaient une position telle qu'ils paraissaient avoir été poussés légèrement en dehors, en même temps que leur situation horizontale s'était convertie en une position oblique par renversement de la face antérieure de l'avant-bras en dedans. En effet, le cubitus appuie plutôt entre le condyle et la trochlée, qu'au centre de cette dernière. De même le radius est placé plus en dehors qu'on ne s'attendait à le trouver, en sorte qu'il déborde un peu l'épicondyle. La tête du radius est plus élevée que l'extrémité supérieure du cubitus, parce que la partie de l'humérus avec laquelle elle est en contact est celle qui a subi le plus grand affaissement. C'est là ce qui fait disparaître l'horizontalité du plan de l'avant-bras.

De plus on remarque que les deux os sont placés sous l'extrémité inférieure de l'humérus dans une certaine obliquité, de manière à ce que le poignet se dirige en dehors, tandis que l'olécrâne est déviée en dedans. Ces divers genres de déviations sont peut-être indépendants l'un de l'autre; cependant il ne nous paraît pas impossible de les rattacher à la même cause. En effet, si l'on examine une articulation sur laquelle les ligaments latéraux ont été divisés de manière à laisser intactes leurs fibres antérieures, on voit que le côté externe de l'articulation est beaucoup plus mobile que l'autre par suite du faible point d'appui que prennent les fibres restantes du ligament latéral externe au ligament annulaire. On observe encore, par suite de cette laxité plus grande au côté externe, que l'humérus

(1) J'ai déjà dit que la tête du radius est un peu plus en devant, ce qui ne fait du reste que renforcer l'argumentation de l'auteur. (M.)

peut être entraîné dans un mouvement de rotation de dehors en dedans, par suite de l'action des muscles épitrochléens, ce qui a pour effet apparent de diriger le poignet en dehors; ce phénomène est d'autant plus facile que rien ne s'y oppose en avant, où l'insertion du biceps sur le radius se fait assez bas pour permettre ce déplacement secondaire. Cette observation nous paraît avoir une certaine importance pratique. Il serait donc utile de rechercher si, dans cette luxation en arrière, on n'observe pas une légère rotation de l'humérus en dedans avec rotation du poignet en dehors.

Ainsi il y a eu primitivement luxation des os de l'avant-bras en arrière, probablement avec rotation légère de l'humérus en dedans.

L'augmentation de cette rotation, et le déplacement du condyle qui donne à cet état un caractère d'exagération, sont des phénomènes consécutifs dus à l'action musculaire d'abord et à la pression des os de l'avant-bras plus tard.

Le déjettement en dehors des os de l'avant-bras et la déviation du poignet sont des phénomènes pour ainsi dire plus apparents que réels; la modification du plan habituel de ces os est un accident consécutif dû à l'élévation du radius. Peut-être cependant les deux premiers déplacements existaient-ils à un faible degré au moment de l'accident.

Un mot avant de terminer sur la nouvelle articulation dont les mouvements étaient d'ailleurs assez bornés. Elle était double et constituée: 1° par le contact de la partie antérieure de l'apophyse coronoïde avec la rainure profonde creusée sur la trochlée: c'était là une sorte de ginglyme obscur; 2° par le rapprochement du bord antérieur de la tête du radius avec la partie inférieure et externe de l'humérus. Le contact des deux os était peu étendu, ce qui favorisait évidemment le maintien du mouvement rotatoire du radius qui s'était effectivement conservé tout entier.

Les cartilages anciens étaient en partie absorbés, ceux de nouvelle formation étaient fort minces.

Les moyens ligamenteux étaient constitués ainsi qu'il a été dit plus haut:

1° Par un trousseau fibreux représentant et remplaçant le ligament latéral interne, dont il dépassait beaucoup l'étendue et la force;

2° Un faisceau externe également plus fort que de coutume, se rendant au ligament annulaire du radius, lequel était aussi manifestement plus épais qu'il n'aurait dû l'être;

3° Une capsule fibro-cartilagineuse très-épaisse, développée entre le brachial antérieur et le condyle huméral, laquelle coiffait entièrement cette éminence dont elle facilitait les mouvements d'élévation et d'abaissement dans la flexion et l'extension du bras. Elle présentait de ce côté une véritable surface séreuse en contact avec le cartilage du condyle.

Sur une cause particulière d'erreur dans le diagnostic des affections du genou, *signalée par* M. Marjolin.

Dans le dernier concours pour une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, il se présenta un cas étrange, dont le diagnostic divisa les compétiteurs et même les juges, et dans lequel cependant une erreur commise pouvait conduire à une opération d'une haute gravité. Comme, même depuis ce temps, la question est restée à peu près neuve, et que rien n'a été publié à cet égard, il m'a paru utile de rappeler d'abord en peu de mots le fait particulier qui fit l'objet du débat, puis d'exposer les résultats de quelques recherches entreprises sur ce sujet.

Il s'agissait d'un malade d'une intelligence assez peu développée, ne répondant que d'une manière obscure et souvent contradictoire, et qui, entre autres lésions, présentait une affection chronique du genou gauche. Un an auparavant, des douleurs qu'il éprouvait depuis longtemps dans la jambe gauche avaient disparu, et le genou s'était tuméfié;

mais cette tuméfaction avait promptement cédé à des ventouses scarifiées et des vésicatoires. Pareil gonflement était revenu il y avait peu de jours ; et à l'examen, on trouvait, outre un épanchement de sérosité, une tumeur distincte, circonscrite, roulant sous le doigt, grosse comme un noyau d'abricot, et siégeant au côté externe du genou, au-dessus de la rotule. Cette tumeur fut l'objet d'une attention toute particulière de la part du candidat, et l'incertitude qu'il semblait garder sur sa nature fit que chacun après lui voulut l'examiner. Je dois déclarer que, pour ma part, je croyais à l'existence d'un corps étranger intrà-articulaire ; et je fus très-surpris d'entendre M. Marjolin affirmer que le prétendu corps étranger était une tumeur adhérente, et qui se rencontrait habituellement dans les hydarthroses. Une controverse s'émut même sur ce point entre quelques membres du jury qui n'avaient jamais observé ni ouï mentionner nulle part rien de semblable ; et en effet M. Marjolin est le premier qui ait signalé ce phénomène. On attendait donc avec quelque curiosité le parti que prendrait l'habile observateur à qui était échu le malade, et qui n'était autre que M. le professeur Auguste Bérard, aujourd'hui titulaire de la chaire alors disputée. J'emprunte l'analyse de cette partie de sa leçon à la *Gazette médicale*.

« De quelle nature, dit-il, est la maladie du genou? C'est une hydarthrose due à l'inflammation que le malade a éprouvée il y a un an, inflammation que les commémoratifs nous autorisent à considérer comme idiopathique simple et non rhumatismale. Quant à la tumeur solide et circonscrite, c'est, selon toute apparence, un corps étranger de l'articulation... On sait, du reste (et c'est M. Marjolin qui a appelé l'attention sur ce point), que souvent, dans les hydarthroses chroniques, une hypertrophie locale formée aux dépens de la synoviale ou du périoste pourrait en imposer pour une concrétion articulaire. Mais je ne pense pas que ce soit ici le cas. Je ne crois pas non plus que l'hydarthrose soit l'effet de la présence de ce corps cartilagineux ; aucun des accidents qu'ils développent ordinairement n'existe en effet ici. Néanmoins on comprend bien que son contact prolongé ne soit pas sans influence sur la ténacité de l'hydropisie articulaire.

« Nous avons dit que le corps cartilagineux ne donne actuellement lieu à aucun symptôme grave. Peut-être n'est-il à présent que sur les confins de l'articulation ; mais il pourrait bien plus tard y tomber, en se détachant peu à peu de son enveloppe fibreuse ; en se formant, comme l'a si bien expliqué Béclard, un pédicule dont la rupture le laisserait libre, ce qui est ordinairement le signal de l'invasion des accidents. »

Malgré les raisons apportées par M. A. Bérard, M. Marjolin persista à nier l'existence d'un corps étranger articulaire ; et comme j'avais précisément dans mon service à Bicêtre deux sujets atteints d'hydarthrose chronique, dès le soir même je me mis en devoir de rechercher s'ils portaient la tumeur indiquée, et je la trouvai absolument semblable à celle du malade de M. A. Bérard. Bien plus, il me parut que d'autres engorgements s'étaient également formés au voisinage de la capsule, et particulièrement vers son bord supérieur ; et le seul doute qui me restât portait sur la nature de toutes ces tumeurs.

Comme la tumeur roulante siégeait au côté externe, je me demandai si ce n'était pas une pure illusion du toucher produite par la tension de l'aponévrose fémorale qui forme de ce côté un cordon attaché à la tubérosité externe ; mais des mesures exactes sur le cadavre et sur le vivant me firent voir que ce cordon siége bien plus en dehors que le prétendu corps étranger ; et je fus obligé de m'en tenir, jusqu'à vérification ultérieure, à l'hypothèse de M. Marjolin. Je dis hypothèse, parce que M. Marjolin lui-même ne la donnait pas pour autre chose, n'ayant pas eu occasion de disséquer des tumeurs de ce genre.

Cette occasion s'offrit à moi bien plutôt que je ne l'espérais ; et l'observation vaut bien peut-être qu'on la rapporte avec quelques détails.

Obs.—Gada, âgé de 60 ans, d'une constitution sèche et forte, avait été dès longtemps sujet à des douleurs articulaires. Dès l'âge de 8 ans, il avait eu, par suite d'une chute de douze pieds de haut, une violente entorse au pied droit, non pas si bien guérie que ce pied ne fût

sujet à se gonfler après de fortes fatigues. A 20 ans, faisant le rude métier de porte-balle, il y avait gagné des douleurs qui parcoururent toutes les jointures sans le forcer cependant au repos; et il lui en était resté depuis une certaine roideur dans les mouvements des membres. A 47 ans, il fit une chute sur le genou droit qui devint douloureux, rouge, gonflé; les sangsues et les topiques émollients ne l'ayant pas guéri, il entra à Saint-Louis où il fut traité principalement par les douches et les bains de vapeur. Il en sortit au bout de onze mois, avec le genou désenflé, mais un peu roide, et obligé de se servir d'un béquillon. Ne pouvant plus porter de fardeaux, il s'avisa de traîner une charrette; mais au bout de dix-huit mois, la fatigue ramena dans le genou du gonflement avec rougeur et des douleurs lancinantes. Il entra successivement à l'Hôtel-Dieu, à Beaujon, à la Charité, etc., et finit par se faire admettre à Bicêtre. Il avait alors 54 ans. Son genou était toujours gonflé et douloureux; cependant, à l'aide du béquillon, il faisait encore de petites courses, lorsqu'un jour étant tombé à la renverse, la jambe se fléchit forcément sous la cuisse; et les douleurs revinrent si aiguës qu'il monta à l'infirmerie où il fut traité d'abord par M. Guersant. On employa successivement les cataplasmes, les ventouses scarifiées, les cautères en grand nombre; après six mois de ce traitement, on essaya de fixer le membre dans une immobilité complète, à l'aide de quatre grandes attelles en bois; il ne put les supporter que huit jours; on y substitua des attelles en carton qu'il fallut enlever au bout de cinq jours, tant sous leur pression le gonflement et la douleur devenaient considérables. Enfin, après neuf mois de séjour à l'infirmerie, il en sortit un peu soulagé, mais le genou roide et presque incapable de la moindre flexion, et la marche ne s'opérant qu'à l'aide de béquilles.

Néanmoins le genou gauche était resté bon, lorsque vers 59 ans, sans cause connue, il commença à ressentir des douleurs dans ce genou, avec un léger gonflement, et un bruit de crépitation lorsqu'il le mouvait. Tout cela alla peu à peu en augmentant; et au bout de six mois, le malade alarmé remonta de nouveau à l'infirmerie le 16 avril 1842. Il se trouvait alors sous ma direction, et voici dans quel état je trouvai les genoux.

Le genou droit, marbré par les traces des ventouses et des cautères, avait trente-sept centimètres et demi de circonférence; il était douloureux partout à la pression, mais surtout en bas au niveau de l'interligne articulaire; d'ailleurs roide, et incapable de se fléchir. Il n'y avait là aucun traitement à tenter.

Le genou droit était plus volumineux encore et portait trente-neuf centimètres de circonférence; mais la sensation de fluctuation, révélant une hydarthrose manifeste, expliquait de reste cette ampliation. Il se fléchissait jusqu'à mi-chemin de l'angle droit, mais pas au delà.

Il n'y avait d'ailleurs aucune réaction fébrile, et l'appétit était bon.

On essaya d'abord la compression avec une bande roulée, qui enveloppait la jambe et le genou; mais bien que la bande eût été très-peu serrée, elle détermina des douleurs si aiguës qu'il fallut l'enlever au bout de quelques heures. On laissa reposer le malade quelques jours; après quoi on le mit à l'usage de pilules composées de 5 centigrammes d'opium et de 5 centigrammes de calomel.

Ce fut sur ces entrefaites qu'eut lieu la leçon clinique de M. A. Bérard, et que je fus poussé à explorer plus attentivement cette hydarthrose. Au côté externe du genou, un peu au-dessus de la rotule, je trouvai un corps étranger roulant et basculant sous les doigts comme sur le malade de la Charité; au côté interne, rien de semblable; mais en longeant de bas en haut la face antérieure et interne du fémur, le doigt était arrêté par une brusque saillie transversale; au contraire, en parcourant le fémur de haut en bas, on arrivait insensiblement à cette saillie au-dessous de laquelle le doigt tombait brusquement.

Il serait inutile de suivre jour par jour les changements d'état du malade. Vers le 10 mai, il éprouva quelques frissons suivis de chaleur. Le sulfate de quinine en avait fait justice, et la fluctuation avait à peu près disparu, lorsque le 18 mai, dans la nuit, le malade, fatigué de son état de souffrance, se donna un coup de couteau. La plaie n'eût pas été mortelle, mais il fut pris de délire aussitôt après; le lendemain, à la visite, il était dans un coma dont rien ne put le tirer; et il expira le 20 à trois heures du matin.

Je laisse de côté ce qui regarde les viscères; notons seulement que l'encéphale n'offrit rien que des plaques rougeâtres de la pie-mère et un piqueté abondant de la substance cérébrale.

Genou gauche.—Je mis à nu d'abord le triceps fémoral qui n'offrit rien d'anormal; et l'ayant ensuite coupé en travers jusqu'à l'os dans son tiers-moyen, je fus assez surpris de

voir que le genou se fléchissait dès lors avec facilité. Le muscle fut ensuite disséqué et détaché avec soin de haut en bas, de manière à découvrir l'os et la capsule.

Mais, au-dessus de la capsule, l'os était recouvert par un tissu blanc, fibreux, entremêlé de graisse, et dont l'épaisseur, croissant de haut en bas, arrivait enfin à près de trois centimètres au voisinage de la capsule, et notamment au côté interne. C'était là manifestement la cause du soubresaut éprouvé quand on faisait filer le doigt du milieu de la cuisse vers le genou. Il restait à rechercher le prétendu corps étranger: on ne trouva, a lieu où on l'avait senti, qu'un gros flocon de tissu adipeux très-jaune et très-dense, mais sans mélange de tissu fibreux. La synoviale était saine, hormis quelques brides de formation ancienne près des tubérosités interne et externe du fémur.

Là pourrait s'arrêter l'observation, autant qu'elle se rapporte directement à notre sujet; mais la dissection du genou droit m'a paru si intéressante que je n'ai pas cru devoir l'omettre.

Genou droit.—Le triceps était pâle et à demi passé à la transformation graisseuse. Une incision faite en travers sur ce muscle permit à la jambe de se fléchir à angle de 45° et à exécuter en toute liberté ses mouvements dans cette limite; mais il faut dire que l'ablation complète du muscle n'ajouta rien à la flexion. Le fémur était recouvert dans son tiers inférieur et jusque près de la rotule d'une couche de tissu adipeux pur, mais très-dense, épais d'un centimètre au centre, d'un centimètre et demi en dedans, et de deux centimètres en dehors. Il n'y avait pas de flocons distincts de ce côté. Toute trace de synoviale avait disparu, la rotule était réunie à la poulie fémorale par un tissu filamenteux rougeâtre; plus bas l'articulation semblait envahie par le tissu adipeux sous-rotulien qui adhérait aux condyles fémoraux, sans ulcération et sans intermédiaire d'aucun autre tissu; les cartilages inter-articulaires avaient pris un aspect aponévrotique ; et les condyles du tibia étaient réunis à ceux du fémur, comme la rotule, par des filaments rougeâtres; enfin, tout à fait en arrière, de semblables adhérences avaient commencé, ne laissant plus qu'un assez étroit espace dans lequel on retrouvait un peu de synovie. Le fémur, scié entre ses condyles, montra un tissu spongieux, jaunâtre, un peu ramolli; le fémur gauche était d'un jaune grisâtre et avait sa solidité normale.

Il y aurait bien quelque chose à dire sur la nature de cette fausse ankylose, et sur la roideur de l'un et l'autre genou, maintenue si manifestement par les muscles rotuliens, que la section de ces muscles la dissipait complétement d'un côté, et la diminuait si extraordinairement de l'autre. Mais je ne veux pas trop m'écarter de mon sujet.

Or, quant au pseudo-corps étranger, on peut juger de ma surprise de le voir constitué par un flocon de graisse, d'apparence tout à fait saine; et je me demandai aussitôt si, au lieu de le développer de toutes pièces, l'inflammation ne se bornait pas à donner un peu plus de volume à une tumeur déjà existante à l'état normal. J'ouvris dès lors une grande quantité de genoux sains; dans presque tous je rencontrai mon flocon, avec des variétés de disposition que je ferai connaître, mais généralement peu importantes; et le problème me parut très-près d'être résolu.

Quant à l'autre engorgement qui surmontait la synoviale, comme je n'avais pas pu retrouver la bourse muqueuse qui siége sous le triceps, j'imaginai que c'était le résultat d'une affection de cette bourse muqueuse, sans attacher d'ailleurs à cette conjecture plus d'importance que n'en mérite une induction tirée d'un fait isolé.

Souvent en chirurgie il faut savoir attendre; les autopsies sont rares, surtout pour ces affections légères de leur nature et qui n'entraînent jamais la mort par elles-mêmes; cependant j'eus peu après l'occasion d'en faire une seconde, rencontre d'autant plus heureuse qu'elle ne s'est pas renouvelée depuis.

Il s'agissait cette fois d'un homme de 42 ans, affecté d'une ancienne coxalgie du côté gauche, avec raccourcissement du membre, forte rotation du pied en dehors, et une saillie extrêmement marquée du grand trochanter en haut et en dehors. Les ganglions inguinaux étaient tuméfiés et durs; la veine fémorale formait un cordon épais et solide, d'où nous avions conclu qu'elle était oblitérée; et à l'appui de ce diagnostic venait encore un œdème considérable du membre, avec un notable épanchement de synovie dans l'articulation fémoro-tibiale. J'avais constaté, en même temps que sur le sujet précédent, la présence d'une tumeur roulante au côté externe de la rotule, au-dessus

du bord externe de la poulie fémorale ; et le malade ayant succombé plus tard à la fièvre hectique, je désirais beaucoup vérifier par cette autopsie nouvelle si mes premières conclusions étaient fondées.

Je passerai rapidement sur la dissection de la hanche. Les veines fémorales superficielles et profondes étaient distendues par des caillots rosés, solides et concrets. La tête du fémur était à peu près entièrement détruite par la carie ; le col avait remonté sur le bord postérieur et supérieur de la cavité cotyloïde, qui était aussi fortement érodé; et de là la projection en dehors du trochanter et la rotation en dehors du membre. La cavité cotyloïde, cariée sur presque tous les points, contenait un liquide sanieux, noirâtre, qui s'était fait jour en avant et en arrière à travers la capsule fibreuse, et avait produit deux petits abcès.

Le genou gauche ouvert avec soin, je trouvai au-dessus du bord externe de la poulie fémorale un gros flocon de tissu adipeux d'une très-belle couleur jaune, attenant au périoste par un pédicule assez rétréci pour lui permettre une certaine mobilité dans la synoviale. Celle-ci contenait de la synovie claire et limpide, plus abondante qu'à l'état normal, mais sans aucun indice ni d'inflammation ni de dégénérescence.

Cela me frappa ; car la surabondance de la synovie pouvait naturellement provenir de la même cause que l'œdème, et dès lors l'inflammation n'entrait plus pour rien dans le développement de la tumeur adipeuse. Je n'avais pas encore essayé de la retrouver à travers les téguments sur des genoux sains ; l'idée m'en vint à l'instant; et sur le genou droit du même cadavre, qui n'avait jamais souffert pendant la vie, j'obtins à la même place la même sensation d'un corps étranger roulant sous les doigts ; et la dissection le montra également constitué par un flocon adipeux tout semblable à celui du côté droit.

Mes premières déductions se trouvaient ainsi complétées ; non-seulement l'inflammation ne créait pas la tumeur roulante, et ne pouvait tout au plus que lui donner plus de volume; mais dans certains cas le flocon adipeux était naturellement assez développé pour fournir au toucher, sur un genou sain, la même sensation que sur un genou malade. Une dernière vérification restait à faire; il fallait s'assurer que la tumeur, reconnue pendant l'hydarthrose, persistait après l'hydarthrose disparue, en laissant au genou la pleine et entière liberté de ses fonctions. Le fait suivant m'en fournit la preuve.

Obs.—Fouché, âgé de 60 ans, garçon de service à la première division de Bicêtre, entra à la chirurgie le 6 août 1842. Habitant une salle de rez-de-chaussée fort humide, sur la fin de l'hiver, il s'était aperçu que son genou droit se tuméfiait, sans douleur du reste, et sans aucune gêne dans la marche. Vers le milieu d'avril, à la suite de fatigues occasionnées par un nettoyage général de la salle, il commença à souffrir de ce genou ; la douleur, sujette à revenir la nuit, était exaspérée par la marche, surtout quand il montait ou descendait un escalier. Le gonflement devint aussi plus marqué, et cet état de choses ayant persisté, il s'était décidé à entrer à l'infirmerie.

L'hydarthrose était manifeste et soulevait assez fortement la rotule. La pression sur le genou réveillait de la douleur; la jambe ne se fléchissait pas au delà de l'angle droit ; et enfin, au-dessous du bord externe de la poulie fémorale, on sentait un corps dur et roulant du volume d'une amande.

Je prescrivis le repos absolu et je fis appliquer un large vésicatoire volant sur l'article. Le lendemain le corps roulant avait sensiblement diminué de volume. Quatre autres vésicatoires successivement appliqués calmèrent la douleur et réduisirent quelque peu le gonflement du genou; mais au bout d'un mois, le 5 septembre, l'hydarthrose persistant toujours, je fis avec un bistouri ordinaire une ponction à trois centimètres en dehors et au-dessus de la rotule, et j'évacuai ainsi tout le liquide articulaire ; après quoi je recouvris le genou de larges bandelettes de diachylon qui exerçaient une compression méthodique en même temps qu'elles recouvraient la petite plaie. Il ne survint ni douleur locale ni aucun phénomène général; et le 12 septembre, les bandelettes ayant été retirées, l'articulation parut dans le meilleur état, sauf un léger empâtement des téguments. La flexion était beaucoup plus étendue ; la tumeur roulante

n'avait plus que le volume d'une aveline. On entoura le genou de flanelle, et on recommanda au malade de mouvoir l'articulation dans son lit.

Le 15, le malade s'étant levé sans permission, l'hydarthrose reparut en partie. Le repos mieux gardé la dissipa en quelques jours. Le 25, la marche fut permise, et ne ramena ni épanchement ni douleur. Le 28, le malade demanda sa sortie; le genou avait à peine un centimètre de plus que du côté sain; mais la tumeur roulante n'avait pas diminué.

Je me réserve de revenir en temps et lieu sur ces ponctions articulaires que j'ai pratiquées nombre de fois avec des succès variés, mais toujours du moins sans aucun péril pour les malades. La seule conclusion que je veuille présentement tirer de ce fait, est la persistance de la tumeur roulante dans le genou revenu à l'état sain; mais cependant avec un volume moindre que sous l'influence de la douleur et de l'inflammation. J'ajouterai que la pression sur le point qu'elle occupe reste plus longtemps douloureuse que partout ailleurs; comme si l'irritation disparaissait plus facilement lorsqu'elle n'occupe que la synoviale, que là où elle s'est propagée dans le tissu adipeux voisin.

Depuis lors j'ai vu un assez bon nombre de cas semblables; et récemment j'avais dans mon service à Saint-Antoine une jeune fille entrée pour une hydarthrose du genou droit, qui a cédé au repos absolu; la tumeur roulante, assez volumineuse à son entrée, a diminué à mesure que l'épanchement se dissipait, mais sans disparaître entièrement; et l'on en sentait facilement une semblable sur le genou gauche, qui n'avait jamais été malade.

Cependant j'ai trouvé quelques sujets affectés d'hydarthrose qui ne présentaient pas ce prétendu corps étranger; d'autres chez qui il était à peine perceptible; d'autres chez qui il se sentait au côté interne de l'article et non au côté externe. Mais il n'en va pas autrement chez les sujets sains; dans la grande majorité des cas, on est sûr de rencontrer le corps roulant à la place que nous avons précisée; chez d'autres il paraît manquer ou est à peine perceptible, ou enfin il se montre du côté interne. L'anatomie normale rend parfaitement compte de ces variétés; et il suffira de reste, pour en convaincre le lecteur, de rapporter les résultats des trois dernières dissections que j'ai faites à l'hôpital Saint-Antoine.

1°. Femme de 39 ans; embonpoint médiocre, morte dans une salle de médecine; les deux genoux à l'état normal. On sent parfaitement sur l'un et sur l'autre la tumeur roulante au côté externe; au côté interne le doigt explorateur éprouve un petit soubresaut, mais sans la sensation d'une tumeur spéciale.

Dissection du genou gauche.—La rotule détachée par en bas, et relevée sur la cuisse en même temps que les muscles et que la partie antérieure de la synoviale, on voit d'abord en dehors du creux sus-condylien, au-dessus du bord externe de la poulie fémorale, un flocon adipeux blanc et ferme, à base rétrécie, recouvert par la synoviale, faisant une saillie telle qu'on peut le pincer facilement entre deux doigts; et si mobile sur le fémur, que le doigt peut le pousser en dedans presque jusque sur le creux sus-condylien. En dedans de ce flocon, la synoviale n'est pas encore en contact avec le fémur; elle en est séparée par une couche de graisse qui va en s'amincissant vers le haut jusqu'aux attaches supérieures du muscle de la capsule, et qui est plus épaisse en dedans que partout ailleurs; ce qui explique le soubresaut ressenti par le doigt en glissant de cette masse sur la face interne du fémur.

Genou droit.—Même disposition, avec l'unique différence que voici. Au-dessus du flocon externe, on en voit deux autres très-petits, qui flottent également dans la synoviale, mais dont la base est tournée en avant et adhère à l'aponévrose du vaste externe au lieu de reposer sur le fémur.

2° Homme de 68 ans; embonpoint médiocre; légèrement œdémacié; les genoux sains. On ne sent pas la tumeur au genou droit; elle est très-sensible à l'autre.

Dissection du genou droit.—Le creux sus-condylien est occupé par quatre flocons adipeux rangés en travers, faisant très-peu de saillie, et ne pouvant être saisis entre les doigts. L'interne et l'externe, sous la pression des deux indicateurs, donnent bien encore la sensation d'un corps roulant; mais on conçoit qu'à travers les téguments cette sensation ait pu échapper.

Au-dessus de ces flocons commence une couche de graisse uniforme, pas plus épaisse en dedans qu'en dehors, et allant seulement en s'amincissant par en haut.

Genou gauche.—Au-dessus du bord externe de la poulie fémorale est le flocon normal, du volume d'une aveline, bien saillant, bien mobile. En dedans, une couche adipeuse pareille à celle du genou de l'autre côté.

3° Enfant de 14 ans, très-maigre; mort à la suite d'une amputation de la jambe gauche. On sent la tumeur roulante au genou droit; elle manque à gauche.

La dissection montra à droite un flocon graisseux d'une teinte jaune brun, à sa place accoutumée; à gauche il existait aussi, mais très-petit, aplati, et comme à l'état rudimentaire.

Au total, ce qu'on peut considérer comme l'état normal, c'est une couche de tissu adipeux recouvrant le fémur sous la synoviale et servant comme de coussin à la rotule; et en dehors de cette couche, juste au-dessus du bord externe de la poulie fémorale, une petite masse de graisse isolée, tout à fait spéciale, et qu'on me permettra d'appeler mon flocon adipeux. Ce flocon, qui donne sous les doigts la sensation d'un corps libre et roulant, en imposerait facilement pour un corps étranger articulaire; et je tiens de M. Marjolin qu'une fois, dans une consultation en ville, il eut à dissuader un fort habile chirurgien qui était tombé dans cette erreur, et qui voulait opérer en conséquence. Du reste, cette première méprise mise de côté, on voit que la présence de notre flocon en avait favorisé une autre, consistant à le prendre pour une production morbide, parce qu'on ne l'avait recherché et conséquemment qu'on ne l'avait trouvé que dans les cas d'hydarthrose.

La couche uniforme de tissu adipeux qui sépare la synoviale du fémur mérite aussi quelque attention de la part des pathologistes. Fréquemment, dans les inflammations de la synoviale, elle s'engorge sur les limites de cette membrane où le tissu est plus lâche; et quelquefois l'engorgement l'atteint en entier jusqu'au rebord de la poulie cartilagineuse du fémur. Dans le premier cas, on trouve une forte saillie transversale à quelques travers de doigt au-dessus de la rotule; c'est ce que j'avais pris dans ma première observation pour une affection de la bourse muqueuse du triceps. Il n'est pas hors de propos de raconter comment j'ai changé d'opinion à cet égard; ce récit pourra tenir les praticiens en garde contre une cause d'erreur assurément des plus étranges.

Un aliéné ayant fait une chute violente fut amené dans mon service à Bicêtre; le genou gauche était à l'état normal, la cuisse du même côté offrait un gonflement considérable; mais, après mûr examen, je décidai qu'il n'y avait là qu'une forte contusion, et le malade fut traité en conséquence. D'autres lésions plus graves entraînèrent la mort au bout de quelques semaines, quand déjà la cuisse avait à peu près repris son volume naturel. Quel ne fut pas mon étonnement, en palpant cette cuisse avant d'en faire l'autopsie, de trouver à trois travers de doigt au-dessus du genou une saillie brusque de près de 2 centimètres, dure et résistante, et qui faisait suite, sans aucune inégalité, à la face antérieure de l'os! Je ne pouvais expliquer cette saillie que par une fracture avec déplacement du fragment inférieur en arrière; mais comment avais-je pu la méconnaître pendant la vie? La dissection éclaircit toutes choses; immédiatement au-dessus de la capsule, un épanchement sanguin s'était fait dans le tissu cellulaire situé entre l'os et le triceps; cet épanchement, devenu concret et dur, allait en mourant vers le haut, de telle sorte qu'à travers les téguments rien ne le distinguait de l'os même; tandis que plus bas la capsule l'interrompait brusquement, et de là la saillie qui m'avait donné tant de souci. Le fémur était d'ailleurs dans une complète intégrité.

Cette facilité du tissu qui surmonte la capsule à s'infiltrer de sang me porta à penser qu'il pouvait tout aussi bien s'engorger dans les inflammations articulaires, et que ma prétendue affection de la bourse muqueuse du triceps était un engorgement de cette nature. Depuis lors, en effet, j'ai eu occasion de constater cet engorgement et dans des

hydarthroses et dans des tumeurs blanches; c'est un symptôme qui n'est pas rare, et qui m'aurait certainement embarrassé si je l'eusse observé par hasard avant d'en avoir l'explication (1).

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

RÉSULTATS DÉFINITIFS DE LA SECTION DE QUARANTE-DEUX MUSCLES *ou tendons sur le même sujet.*

Il est bien difficile de nos jours, avec le mouvement incessant de la presse, qu'il demeure rien de caché de ce que l'art et la science ont intérêt à savoir. Nous avions adressé à l'Académie des sciences une lettre sur les résultats fournis par certaines opérations hasardeuses qu'on lui avait d'abord annoncées à grand bruit, et dont on s'était bien gardé de publier les suites; mais il restait un malade dont personne n'avait ouï parler; M. Guérin, qui crut devoir répondre à l'Académie, avait omis précieusement de s'engager sur ce terrain; et il pouvait bien paraître impossible de jamais compléter cette histoire. Mais la publication de nos recherches dans le numéro de février de ce journal nous a valu enfin ces renseignements cachés avec tant de soin. Un honorable praticien de Dunkerque, M. le docteur Melu, parmi d'autres observations que nous publierons plus tard, nous a adressé les lignes suivantes :

« Le jeune homme, âgé de 22 ans, qui a subi, le 25 août 1840, la section de quarante-deux muscles ou tendons (voir ci-devant, page 38) est le fils de M. Monnier, négociant de notre ville. Je puis vous en donner des nouvelles toutes fraîches, puisqu'elles vont jusqu'au 15 avril.

« Ce jeune homme avait les doigts des deux mains contractés, comme on les voit chez les peintres atteints de la colique de plomb, ou bien encore chez les sujets frappés d'épilepsie par suite d'excès alcooliques. Les pieds étaient dans une extension forcée, de telle sorte que les talons ne touchaient pas à terre et qu'il marchait sur les orteils. Il était enfin perclus des quatre membres, non pas pourtant à ce point qu'ils fussent *repliés sur eux-mêmes, accolés au tronc et dépourvus de tout mouvement,* ainsi que l'a dit M. Donné. Ainsi il marchait, mais avec l'appui d'un domestique, et encore avec beaucoup de peine, les jambes s'entrecroisant quelquefois dans la marche; et quand il voulait se reposer, il s'adossait contre un mur et s'appuyait sur le bras de son domestique. Quand il allait au spectacle avec ses parents, il se plaçait au parquet, toujours appuyé contre la rampe du parterre; le spectacle fini, il se tenait debout en se soutenant à cette même rampe, afin de laisser sortir les personnes qui se trouvaient sur le même banc; alors le domestique le prenait par-dessous le bras et le conduisait jusques hors de la salle; arrivés là, il le mettait sur son cheval afin de le reconduire chez lui.

« Aujourd'hui donc il est encore dans le même état qu'avant l'opération, ne pouvant faire un pas sans être soutenu comme auparavant. Seulement les talons touchent le sol; c'est le *seul bénéfice qu'il ait obtenu d'une opération aussi multiple.* »

RÉSULTATS DE LA MYOTOMIE RACHIDIENNE *dans le traitement des déviations latérales de l'épine.*

M. Lantery, docteur en médecine, résidant à Londres, a adressé à l'Académie des sciences la lettre suivante :

« La question soulevée par la communication de M. Malgaigne, au sujet de la myotomie rachidienne, intéresse à la fois la science et les familles; et je crois remplir un devoir scientifique en apportant ici mon témoignage.

(1) L'anatomie normale a fini par révéler la nature de ces diverses tumeurs. Il en est une autre observée également pour la première fois par M. Marjolin, constatée aussi par M. P. Dubois. Celle-ci se rencontre dans la rétroversion de l'utérus. En touchant par le rectum, à l'endroit où le vagin s'insère à la partie postérieure du col utérin, on sent une petite tumeur allongée en travers, du volume d'un haricot, dure et rénitente comme un corps fibreux, extrêmement douloureuse à la pression, et qui se dissipe peu à peu quand la matrice a été remise en place. La nature de cette tumeur est encore inconnue, et il n'en est pas fait mention dans les ouvrages les plus modernes. Ne serait-ce pas quelque ganglion lymphatique ignoré? Quoi qu'il en soit, il me paraît utile d'appeler sur ce sujet l'attention des observateurs.

« Pendant six ans, j'ai suivi à *la Muette* les résultats de toutes les opérations de myotomie rachidienne pratiquées dans cet établissement (division des garçons); j'ai surveillé le traitement des malades, et j'ai pu constater leur état à leur entrée et à leur sortie. *Je n'ai jamais vu de guérison complète ;* et les améliorations que j'ai remarquées pouvaient être rapportées plutôt à l'extension qu'à l'opération même. Après l'opération, l'extension redresse plus ou moins la colonne; mais celle-ci ne saurait se maintenir en cet état; elle a toujours besoin d'être soutenue, soit par une ceinture, soit par tout autre appui étranger. *Je n'ai pas vu un seul cas* échapper à cette règle générale. En outre, les malades se plaignent toujours d'une douleur sourde du côté opéré, et ils perdent constamment de leur force musculaire. Ces inconvénients continuent même assez longtemps après l'opération.

« Je lis, dans les comptes rendus de l'Académie, que M. Malgaigne a observé les mêmes phénomènes sur les sujets opérés à l'hôpital des Enfants. Je ne peux donc qu'adhérer pleinement à ses conclusions. »

Nous nous abstenons de toutes réflexions.

DE L'OVARIOTOMIE, *ou* EXTIRPATION DES OVAIRES.

Chaque pays a ses innovateurs excentriques, qui courent, *per fas et nefas*, après le bruit et la renommée; et la presse médicale anglaise est toute occupée, depuis quelque temps, à réprimer l'ardeur d'une nouvelle secte d'opérateurs, qu'on pourrait appeler *ovariotomistes*. L'extirpation des ovaires semblait être, chez nos voisins, redevenue l'opération à la mode; chaque jour voyait enregistrer de nouveaux essais, l'on ne saurait dire absolument de nouveaux succès. Les uns avaient adopté la *petite* opération, dans laquelle on se borne à faire à l'abdomen une incision d'un à trois pouces, à vider l'ovaire d'un coup de trocart et à l'attirer au-dehors, pour lier son pédicule et l'exciser ensuite; les autres, parmi lesquels on compte à regret M. Aston Key, préféraient la *grande opération*, avec une incision de neuf à vingt pouces, allant, selon le besoin, du sternum jusqu'au pubis. Ils avaient fait aussi leurs relevés statistiques; et M. Clay, par exemple, avait groupé ses chiffres de telle manière que, sur dix *petites opérations*, il comptait cinq guérisons et cinq morts; tandis que treize *grandes opérations* avaient donné douze guérisons; preuve manifeste de l'immense avantage de fendre le ventre dans toute sa hauteur. Puis, comme la critique avait pris aussi la liberté grande de contester ces chiffres, et de se récrier sur ces incisions énormes, elle avait reçu à son tour des réclamations plus ou moins polies, qui n'avaient pas été pourtant jusqu'à la police correctionnelle. Nous en citerons particulièrement une de M. Walne, au rédacteur du *London and Edinburgh medical Journal*. En analysant succinctement une de ses observations, le critique avait écrit : *une incision fut faite, de quatorze pouces de longueur, s'étendant de l'appendice xiphoïde au pubis* M. Walne se mit en colère, reconnut là une mauvaise intention, comme qui dirait *une calomnie*, et somma le journal d'insérer une rectification conçue en ces termes : *de dix-neuf pouces et une fraction, la distance de l'appendice xiphoïde au pubis, quatorze furent occupés par cette incision étendue*. Il est à remarquer que cet opérateur, si grand ami de l'exactitude, avait publié l'histoire d'une de ses opérées avant que les ligatures du pédicule de l'ovaire fussent tombées, et que cette opérée avait été comptée comme guérie; et le Journal avait fait ressortir ces circonstances. M. Walne n'a demandé aucune rectification sur ce point, et nous ne savons ce qu'est devenue la malade.

Nous allons indiquer rapidement les principales opérations faites dans ces deux dernières années, avec les résultats qu'elles ont donnés.

M. Clay, cinq opérations :

1° Femme de 46 ans; incision étendue de la symphyse pubienne jusqu'un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde; la tumeur pesait 17 livres 5 onces (poids anglais). Guérison le dix-huitième jour.

2° Femme de 57 ans; incision de dix pouces seulement; guérison le quatorzième jour.

3° Femme de 39 ans; le récit de l'opération manque; guérison le douzième jour.

4° Femme de 47 ans; après l'incision, la tumeur fut trouvée tellement adhérente qu'on ne put l'extraire. On réunit donc la plaie extérieure; le cinquième jour tout allait bien; mais, le soir même, elle fut prise d'une *phlegmatia alba dolens* de la jambe gauche, et mourut le matin du sixième jour. M. Clay attribue la mort à une imprudence du mari, qui aura probablement donné à sa femme un peu d'eau-de-vie.

5° Femme de 45 ans; incision de treize pouces; tumeur du poids de douze livres; hémorrhagie; syncope; mort une heure et demie après l'opération.

M. Southam, une opération :

6° Femme de 37 ans; incision de neuf pouces; tumeur pesant quatre livres douze onces; au vingt-troisième jour, la malade continuait à bien aller; seulement, la plaie suppurait encore un peu au-dessous de l'ombilic.

M. Walne, cinq opérations :

7° Femme de 58 ans; incision de treize

pouces; tumeur pesant seize livres; au vingt et unième jour la plaie était fermée, sauf le point par où passaient les ligatures, qui ne tombèrent que dix semaines après l'opération.

8° Femme de 57 ans; incision de douze pouces; tumeur pesant seize livres trois quarts; la première ligature tomba au bout de cinq semaines; les autres tenaient encore lorsque l'observation fut publiée.

9° Jeune fille de vingt ans; incision de quatorze pouces; tumeur de vingt-huit livres; le dix-septième jour, la malade se promenait par la chambre.

10° Femme de 54 ans; incision de cinq pouces; les adhérences ne permirent pas d'enlever la tumeur. La malade guérit rapidement de sa plaie.

11° Femme de 45 ans; incision de quinze pouces; tumeur de quatorze livres; mort le dixième jour, avec des symptômes de péritonite que l'autopsie sembla pourtant démentir.

M. Key, une opération :

12° Jeune fille de dix-neuf ans; incision remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde; tumeur pesant vingt-quatre livres; mort le cinquième jour de péritonite.

M. Bransby Cooper, une opération :

13° Femme de 32 ans; incision de l'appendice xiphoïde au pubis; tumeur du poids de 32 livres; mort le septième jour, de péritonite.

M. Greenhow, une opération :

14° Femme de 29 ans; incision à peu près comme dans le cas précédent; tumeur pesant douze livres sept onces; morte de péritonite le septième jour.

M. Atlee, une opération :

15° Femme de 30 ans; incision de neuf pouces; extirpation des deux ovaires; la plaie était réunie au bout de sept semaines, excepté à l'extrémité inférieure, qui était encore traversée par les ligatures.

Au total, sur ces quinze opérations, il y a deux cas dans lesquels des adhérences empêchèrent d'enlever la tumeur, et l'une des deux malades a succombé; reste treize. Sur ces treize malades, cinq sont mortes, ce qui semble nous laisser encore une assez belle proportion de guérisons. Mais ces guérisons sont un peu sujettes à caution; et d'abord, il y a deux cas, l'un de M. Walne, l'autre de M. Atlee, qui ont été publiés avant la chute des ligatures. Est-ce là tout? Non vraiment; car lorsqu'on voit, dans le premier cas de M. Walne, les ligatures ne tomber qu'au bout de dix semaines; dans le second cas, toutes, excepté une, tenir encore au bout de cinq semaines; et dans l'observation de M. Atlee, sept semaines ne pas suffire à leur chute, on est bien en droit de se demander ce qu'il faut penser des guérisons de M. Clay, obtenues en dix-huit, quatorze et même douze jours. La vérité est que M. Clay ne dit pas ce que sont devenues les ligatures qu'il a placées comme les autres; M. Southam n'eut pas la peine de retirer les siennes, qui s'étaient perdues dans le ventre; et il est évident que, sur la troisième malade de M. Walne, elles n'avaient pas eu le temps de tomber. Il n'y a donc là qu'une seule malade dont la cure soit certaine, attendu qu'elle a été suivie jusqu'à la chute des ligatures; pour les autres, il n'y a rien de certain. Qu'elles aient échappé aux premiers et aux plus formidables dangers de l'opération, nous le confessons; mais il ne nous est pas démontré qu'on puisse tenir si peu de compte de ligatures fortes et nombreuses, plongeant jusque dans le petit bassin, et qui doivent y séjourner sept à huit semaines.

Cependant, la critique anglaise a généralement accepté ces guérisons comme bonnes; mais, ayant refait les statistiques des ovariotomistes, et réuni toutes les opérations anciennes et nouvelles, elle est arrivée aux chiffres que voici, et que nous empruntons à l'*Edinburgh med. and Surgical Journal :*

Sur quarante-deux opérations tentées ou menées à fin, il y en a neuf d'abord qui doivent être mises à part, soit que des adhérences aient empêché d'enlever la tumeur ovarique, soit que, ce qui est plus fâcheux encore, il y ait eu méprise, et qu'après l'incision on n'ait pas trouvé de tumeur. Six femmes ont guéri de leur incision, mais trois sont mortes; en voici le relevé :

Macdowell	1 guérie.
Lizars	2 —
Granville	1 —
Dieffenbach	1 —
Walne	1 —
Clay	1 morte.
Martini	1 —
Un cas cité par Froriep	1 —

Ces cas de diagnostic erroné ou d'opérations impossibles à achever ne laissent pas de rembrunir déjà le tableau. Voyons maintenant les trente-trois opérations complètes.

	Guérisons.	Morts.
Laumonier	1	»
Macdowell	3	1
Lizars	1	1
Smith	1	»
A. G. Smith	1	»
Quittenbaum	1	»
Ritter	1	»
Stilling	»	1
Rogers	1	»
Chrysmar	1	2
Granville	»	1
Atlee	1	»
Key	»	1

Greenhow	»	1
B. Cooper	»	1
Clay	4	1
Southam	1	»
Walne	3	1
Bird	2	»
	22	11

Notons d'abord qu'il y a au moins une guérison de trop portée au compte de M. Clay; ce qui réduit le nombre des guérisons à 21; et, en définitive, sur 41 opérations, il y a eu 6 tentatives purement inutiles, 21 guérisons ou soi-disant telles, et 14 morts. Est-ce là tout, du moins? Mais, d'abord, on peut présumer, sans crainte d'erreur, que l'on a mis plus de soin à publier les succès que les revers; et ce tableau même est loin d'être complet. M. Clay, voulant prouver qu'une incision de deux à trois pouces est plus grave qu'une de dix à quinze, avait dressé les deux tableaux dont nous avons parlé; le premier contient neuf cas dont il faut tenir compte. Les voici:

	Guérisons.	Morts.
Dohlhoff	1	2
Jeaffreson	1	»
King	2	1
West	1	»
Phillips	»	1
	5	4

Ce qui surcharge encore un peu plus le chiffre de la mortalité. Néanmoins, les ovariotomistes ne s'effraient pas pour si peu; et, comparant cette mortalité à celle des grandes amputations et de la hernie étranglée, telle qu'elle ressort des recherches statistiques de M. Malgaigne, ils disent que l'extirpation de l'ovaire n'est pas même aussi meurtrière. Cette assertion fût-elle aussi démontrée qu'elle l'est peu, il reste une considération importante à faire valoir aux yeux de tous ceux pour qui la moralité de l'art n'est pas un vain mot. Quand on ampute un membre, quand on opère une hernie étranglée, c'est la nécessité qui arme la main du chirurgien; et, comme le remarque avec justesse le journal d'Edimbourg, tous les sujets étaient en péril de mort, et ceux qui survivent sont véritablement sauvés; tandis qu'après l'extirpation de l'ovaire, les femmes qui succombent ont été sacrifiées sans nécessité, et auraient pu fournir une assez longue carrière sans l'opération.

Est-ce à dire, cependant, que l'ovariotomie doive être à jamais rejetée de la médecine opératoire? Il serait imprudent, sans doute, de formuler une exclusion aussi absolue; mais pour qu'elle soit légitimement appliquée, il faut qu'elle ne puisse jamais passer pour une opération de complaisance, et qu'elle trouve sa justification dans la nécessité.

UN DERNIER MOT SUR LES PRÉTENDUS CORPS FIBREUX DE LA MAMELLE.

La discussion sur les tumeurs fibreuses du sein est depuis longtemps terminée, et nous aurions achevé d'en rendre compte dans notre dernier numéro, si nous n'avions voulu attendre la publication officielle du Bulletin de l'Académie. Là, en effet, chaque orateur corrige, rectifie ce que l'improvisation lui a fait hasarder; et, par exemple, M. Cruveilhier a un peu tempéré, dans le Bulletin, ce qu'il avait dit devant l'Académie, et sur quoi nous avions manifesté notre étonnement.

C'est M. Cruveilhier qui a eu, comme de droit, le dernier la parole; et il était surtout important de ne pas errer sur la pensée précise et sur les expressions de ce dernier discours. Or, M. Cruveilhier a maintenu:

1° Que les corps fibreux sont une des lésions les plus fréquentes de la mamelle;

2° Que, dans l'immense majorité des cas, il est possible de les reconnaître sur le vivant;

3° Qu'ils sont incapables de dégénération cancéreuse, et qu'ainsi leur extirpation ne peut être motivée que par l'incommodité résultant de leur poids et de leur volume.

Nous l'avouons, après les belles et puissantes argumentations de MM. Velpeau, Blandin, Lisfranc, A. Bérard, et surtout de M. Roux, qui, par deux fois, a donné un intérêt et un éclat tout nouveaux à un débat presque épuisé, notre conviction était faite; et il n'a fallu rien moins, pour nous pousser à un nouvel examen, que la persistance d'un savant aussi consciencieux et aussi grave que M. Cruveilhier. Si de tels adversaires ne pouvaient se convaincre, il fallait qu'il y eût quelque méprise, soit dans les mots, soit dans les choses; et, comme nous l'avons dit, sans aucun doute la production au débat de quelques pièces anatomiques aurait plus éclairé la question que tous les discours du monde. Mais, à défaut de cette ressource, M. Cruveilhier en a indiqué une autre dont nous nous sommes hâtés de profiter. En parlant de la fréquence des tumeurs fibreuses dans le sein, il s'est expliqué ainsi:

« Il est resté dans mes souvenirs le résultat de la dissection d'un grand nombre de tumeurs fibreuses qui m'avaient été remises, à diverses époques, par ceux de mes honorables collègues qui s'occupent plus particulièrement de chirurgie; mais je n'ai décrit avec détail que cinq cas de tumeurs fibreuses, et, dans un de ces cas, il y avait quatre tumeurs dans une mamelle et une seule tumeur dans

l'autre mamelle, ce qui élève à neuf le nombre des tumeurs fibreuses que j'ai examinées avec soin.

« Si donc je m'en rapportais exclusivement aux observations d'anatomie pathologique que j'ai pu faire à ce sujet, je devrais dire que les tumeurs fibreuses des mamelles sont extrêmement rares; mais aux preuves anatomiques j'ajouterai des preuves cliniques qui ne seront pas moins démonstratives. »

Disons, d'abord, que ces prétendues preuves cliniques ne prouvent absolument rien, quant à la nature des tumeurs; à moins que M. Cruveilhier ne rattache aux tumeurs fibreuses toutes les tumeurs indolentes et stationnaires de la mamelle, et c'est précisément ce qui est en question. Les preuves anatomiques ont un tout autre poids; et comme, dans la séance, M. Cruveilhier avait cité son Atlas d'anatomie pathologique, nous avons eu recours à cet Atlas.

La vingt-sixième livraison, planche première, est précisément consacrée aux corps fibreux de la mamelle. Il y a trois observations : l'une, celle de Mme C..., a été reprise par M. Cruveilhier, et insérée par lui dans son nouveau Mémoire (*voir* ci-devant, p. 52). Or, nous le disons avec regret, en passant de l'un à l'autre endroit, elle a subi des modifications qui laissent fortement douter de la nature réelle des choses. Par exemple, dans le Mémoire, on lit (p. 53) :

« *La glande mammaire droite avait presque disparu entièrement; elle était remplacée par une grosse tumeur fibreuse*, etc. »

Dans l'Atlas, au contraire, on lisait :

« *L'autre mamelle* (la droite) *était transformée en une seule masse fibreuse et lobuleuse..... Je n'ai pas trouvé vestige de la glande mammaire proprement dite.* »

Ainsi, dans la première description, il ne restait aucun vestige de la glande; et, dans l'autre, il en reste encore. Dans l'une, c'était la glande qui était *transformée;* et, dans l'autre, elle est *remplacée*. D'où peut venir cette variation? C'est que, dans son Mémoire, M. Cruveilhier a dit expressément, deuxième conclusion : *Les corps fibreux sont complétement détachés de la glande mammaire;* et qu'il a même tiré de cette circonstance un caractère décisif pour les distinguer de l'induration chronique et du cancer, où *la tumeur n'est nullement distincte de la glande mammaire elle-même, aux dépens de laquelle elle est formée.* Dès lors, l'observation de Mme C... était en opposition directe avec la conclusion du Mémoire; mais, en l'arrangeant pour la faire entrer dans son nouveau cadre, l'auteur ne lui a-t-il pas ôté toute autorité?

Les deux autres dissections ont trait à des tumeurs données à M. Cruveilhier par MM. J. Cloquet et Blandin, et la première a été représentée sous divers aspects. Or, nous devons le déclarer, dans cette discussion, nous n'avions pas cru devoir mettre en avant notre expérience personnelle, n'ayant jamais vu de tumeurs fibreuses; mais après une étude attentive de la planche et de la description de M. Cruveilhier, nous déclarons que nous en avons vu beaucoup; seulement jamais nous n'aurions pensé à les qualifier ainsi; et nous nous sommes assurés, par plus d'une récidive, que ce sont des tumeurs de la plus fâcheuse nature, et qu'elles méritent autant qu'aucune autre le nom de cancers. Disons d'abord que la planche, parfaitement dessinée et coloriée par M. Chazal, ne présente *aucune trace de tissu fibreux;* et ajoutons que M. Cruveilhier n'y en avait pas vu lui-même. Voici en effet les traits les plus précis de sa description :

« A travers l'enveloppe fibreuse fort mince qui la recouvrait, on voyait que le tissu de la tumeur était *demi-transparent, d'aspect gélatiniforme...* La portion K qui répondait à la partie fluctuante de la tumeur appartenait à un kyste rempli d'une matière visqueuse... La partie inférieure de ce kyste présentait une disposition aréolaire fort remarquable; les aréoles que constituaient des filaments noueux étaient remplies par un liquide d'apparence synoviale... Les coupes faites dans les régions de la tumeur autres que celles qui répondent au kyste présentent un aspect lobuleux... La consistance, la vascularité de ces lobules présentent beaucoup de variétés. Ainsi il en est qui sont *mous, transparents, tremblotants à la manière de la gélatine;* d'autres sont denses, résistants, *comme fibreux;* ces lobules se divisent en lobules plus petits; et bien *qu'on ne voie pas les cloisons qui les séparent*, cependant, en pressant la tumeur, on éprouve, sauf le volume, sauf la densité, la même sensation que le corps vitré fait éprouver entre les doigts. »

Voilà la description particulière; voyons la description générale, qui vient à la suite sous le titre de *Réflexions*. Ces tumeurs sont *assez fréquentes;* elles se rapprochent *par la densité* des tumeurs fibreuses; toutefois *leur tissu ne présente point de disposition linéaire, mais bien une disposition lobuleuse ou granuleuse.* M. Cruveilhier proposait alors de les appeler *corps lobuleux et fibreux de la mamelle;* et en vérité nous nous demandons comment on peut accorder le nom de *fibreux* à un corps qui *ne présente point de disposition linéaire.*

Du reste, M. Cruveilhier nous en dit plus encore un peu plus loin sur la nature de cette altération : « *On l'a appelée, je crois*, dit-il, *cancer colloïde à l'état de crudité.* » Et il ajoute : « *Je crois être fondé à penser que ces*

tumeurs extirpées ne sont pas susceptibles de récidive; l'expérience a besoin de confirmer cette vue à priori.

En ce qui nous concerne, l'expérience a suffisamment parlé; et nous engageons fort les opérateurs à se méfier des récidives. Mais, après cette comparaison entre les faits et les déductions primitives, et le Mémoire plus récent de M. Cruveilhier, que devient la démonstration anatomique des corps fibreux?

Cependant, on pourrait alléguer que les tumeurs en question ne contiennent pas de suc cancéreux, mais un liquide synovial; et cette remarque a été faite par M. Cruveilhier lui-même. Malheureusement, il ne dit pas à quels signes il a distingué ces liquides; et il ne paraît pas s'être servi du seul moyen de diagnostic qui mérite quelque confiance à cet égard, le microscope.

Enfin, les preuves anatomiques ainsi réduites à leur juste valeur, accordera-t-on quelque confiance à ce que M. Cruveilhier appelle des *preuves cliniques?* Voici une observation récemment présentée à la Société d'émulation par M. Forget, et qui montrera toute l'incertitude du diagnostic sur le vivant.

Une jeune femme de 23 ans, d'une bonne santé, portait, depuis treize mois, une tumeur au sein, attribuée à un coup de poing reçu trois mois auparavant sur cette partie. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, était située tout à fait sous la peau, mobile en tous sens, bien distincte de la glande mammaire; d'ailleurs dure, inégale, indolore au toucher et même à la pression; enfin, elle avait résisté à un traitement suivi et varié, tout en demeurant stationnaire. Elle fut extirpée par M. Jobert, et détachée en quelque sorte par énucléation; n'étaient-ce pas là tous les caractères assignés aux tumeurs fibreuses? Or, au premier examen anatomique qu'ils en firent, MM. Jobert et Forget la jugèrent squirrheuse. Pour ne conserver aucun doute, ils en appelèrent au microscope, qui, sous la direction de M. Mandl, révéla l'existence d'un cancer à forme aréolaire.

La conclusion de tout ce débat est que, jusqu'à démonstration plus rigoureuse, l'admission des corps fibreux du sein doit être ajournée, soit en pathologie chirurgicale, soit en anatomie pathologique.

Obstétrique.

De quelques céphalotribes nouveaux *dans lesquels la manivelle est placée en haut ou directement en arrière.*

Le céphalotribe est un instrument dont personne ne conteste plus l'utilité. Tel qu'il sortit d'abord des mains de l'inventeur, il avait un poids et un volume qui le rendaient peu maniable. M. Baudelocque neveu avait été plus que personne frappé de ce défaut capital, et un de ses premiers soins fut de le faire disparaître. Il y parvint sans nuire à la solidité ni à la puissance d'action essentielles à son instrument; dès lors le céphalotribe devint d'un usage général.

Les applications nombreuses qui en furent faites à partir de cette époque, tant en France qu'à l'étranger, révélèrent plus tard quelques autres imperfections. On reconnut que le peu de courbure des cuillers sur leurs bords est, dans le cas d'inclinaison exagérée du détroit supérieur, un obstacle à la préhension exacte et régulière de la tête qui, mal saisie, glisse d'arrière en avant, malgré la pression en sens inverse exercée à la région hypogastrique. On est parvenu à corriger ce défaut sans diminuer la force de résistance de l'instrument. Les céphalotribes de Busch, de Kilian, déjà décrits et figurés, celui qu'a présenté M. Cazeaux à la Société de médecine de Paris, celui que M. Depaul vient de faire confectionner, et quelques autres, différents à divers égards de celui de M. Baudelocque, s'en distinguent chacun en particulier par une courbure plus en rapport avec la courbure du bassin.

Un autre inconvénient résulte de la situation latérale de la manivelle, dont le manche peut être arrêté, dans son mouvement de circumduction d'avant en arrière, par la saillie du lit ou par la cuisse gauche de la femme. Ce qu'il y a de vicieux dans cette disposition paraît avoir été généralement senti, puisque nous possédons déjà quatre céphalotribes qui se distinguent de l'instrument primitif par une meilleure position de la manivelle, ou par l'application d'un nouveau mécanisme propre à la remplacer. Ce sont les céphalotribes de Kilian, de Langheinrich, de Hüter et de M. Depaul. Je ne dirai rien de ce dernier instrument, bien que les dispositions m'en soient parfaitement connues. L'auteur ne l'a point encore rendu public, et à lui seul appartient le droit d'en donner la première description. Celui de Kilian n'est pas très-nouveau; mais il est peu ou point connu en France, et avant de décrire les modifications plus récentes de Langheinrich et de Hüter, je dirai en quoi consiste celle du directeur de la Clinique d'accouchements de Bonn. J'en trouve la description et la figure dans un mémoire de Hüter (*Die Embryothlasis, Leipzig*, 1844); et j'extrais de cette description ce qui est relatif à la modification en question.

« Pour remédier à ce vice essentiel (le mouvement d'avant en arrière de la mani-

velle), Kilian, dit Hüter (*op. cit. p.* 42), a fait en sorte que ce mouvement fût exécuté à la partie supérieure de l'instrument d'un côté à l'autre. Le céphalotribe devient ainsi plus maniable en même temps qu'il est remarquablement simplifié. La vis est en effet remplacée par une tige en arc de cercle, dentée, une sorte de crémaillère qui s'introduit dans l'extrémité des manches, dont le rapprochement est opéré au moyen d'une roue à dents d'un très-petit diamètre. » Cette indication n'est pas suffisante pour donner une idée exacte de l'instrument; je regrette de ne pouvoir reproduire la description originale de Kilian, consignée dans *Organ für die Gesammte medicin*, 1842, *tome* 2e, *p.* 279. A défaut de ce recueil, que je n'ai pu me procurer, je me servirai de la figure donnée par Hüter pour ajouter quelques détails. Fixée par l'une de ses extrémités, au moyen d'une vis de pression, dans l'extrémité du manche de la branche gauche, la crémaillère traverse à plat une fente pratiquée dans l'extrémité un peu plus longue du manche de la branche droite. Le bord concave de la crémaillère est tourné en avant, du côté de l'articulation des branches. Le bord convexe, denté, est dirigé en arrière, de manière que les dents s'engrènent dans le pignon, placé verticalement tout à fait à l'extrémité du manche de la branche droite. Fixée à la partie supérieure du pignon, la manivelle destinée à le mouvoir tourne d'un côté à l'autre horizontalement ou obliquement, suivant la position horizontale ou oblique de l'instrument. On voit, d'après ce qui précède, que Kilian a appliqué à la construction de son céphalotribe les principes de l'instrument dont les tailleurs de pierre font si grand usage, et qui est connu sous le nom de *cric*.

Le céphalotribe de Langheinrich (1), médecin adjoint de la Clinique d'accouchement de Berlin, a, comme celui de Kilian, sa manivelle placée en dessus; mais, d'ailleurs, ces deux instruments sont fort différents l'un de l'autre, sous le rapport de leur construction. Disons d'abord comment est disposé l'appareil moteur de ce céphalotribe. Dans l'intérieur d'une petite boîte carrée qui en forme le centre, se trouve verticalement placée une roue dentée. Le centre de cette roue est occupé par un cylindre très-court, sur les côtés duquel viennent se fixer deux vis dont le filet est dirigé, à droite et à gauche, en sens contraire. En arrière de la roue dentée est placée verticalement une vis sans fin, à la partie supérieure de laquelle est fixée la manivelle. Déjà l'on peut voir que le mouvement de circumduction imprimé à la manivelle fera tourner la vis sans fin, laquelle fera mouvoir à son tour la roue dentée, et avec elle chacune des vis latérales. Deux pièces essentielles entrent encore dans la construction de cet appareil: ce sont deux écrous traversés par les vis latérales et mobiles sur elles, l'un à droite et l'autre à gauche. Chacun de ces écrous porte à sa partie inférieure une sorte de boulon dont nous indiquerons tout à l'heure l'usage. Les écrous se prolongent en arrière jusqu'au niveau de la partie postérieure de la boîte, et sont traversés à peu de distance de leur extrémité par une tige graduée qui se termine en dedans, à droite et à gauche, sur le côté de la boîte, et se trouve, à son extrémité externe, reliée à l'extrémité de la vis par une petite traverse.

Le forceps céphalotribe semblable à celui de Busch, c'est-à-dire à courbure nouvelle plus grande que dans celui de Baudelocque neveu, et muni à peu de distance en arrière de l'articulation de deux saillies concaves en avant destinées à servir de moyen de préhension et de traction, ne diffère de l'instrument du professeur de Berlin que par la disposition des manches. Ils sont d'égale longueur et parfaitement semblables. Leur extrémité est un peu déjetée en dehors, de manière que, les branches étant rapprochées jusqu'au contact, il reste encore assez d'intervalle pour loger la boîte de l'appareil moteur. Chacune de ces parties un peu déjetées de l'instrument présente à sa partie supérieure une ouverture destinée à recevoir le boulon des écrous mobiles, et tout à fait en arrière un petit trou taraudé traversé par une vis rivée à sa pointe, au moyen de laquelle on fixe solidement le boulon dans l'ouverture qui lui est destinée. On voit maintenant comment les deux parties de l'instrument s'adaptent l'une à l'autre; on voit comment la manivelle, mettant en mouvement les écrous mobiles solidement unis à l'extrémité des manches, peut, suivant la direction imprimée, fermer ou rouvrir l'instrument. On voit encore comment on peut, à l'aide des tiges graduées qui traversent la partie postérieure des écrous, reconnaître le degré d'écartement des branches et estimer celui de la réduction opérée. On voit enfin que, manœuvrant à la partie supérieure de l'instrument, la manivelle ne peut être arrêtée, dans son mouvement de circumduction, par la saillie du lit ni par la cuisse de la femme.

Le céphalotribe de Hüter, professeur d'accouchements à l'Université de Marbourg, diffère des deux précédents, et spécialement par la position de la manivelle qui, placée à l'extrémité de l'instrument, exécute son mouvement de circumduction d'un côté à l'autre, mais verticalement. Il se rapproche de celui de M. Baudelocque, en ce que le moteur est,

(1) Langheinrich, *Neue Zeitschr. für Geburtsk.*, XV. 1843.

comme dans celui-ci, une vis simple munie d'une manivelle. Sans parler ici d'une disposition particulière dans l'articulation des branches qui permet d'augmenter ou de rétrécir l'espace compris entre les cuillers, ni des saillies placées sur les côtés des manches, tant à l'extrémité qu'en arrière de l'articulation, points d'appui fort utiles pour tirer sur la tête saisie et écrasée, et nous bornant à la modification capitale, nous ferons d'abord remarquer deux dispositions particulières de la face interne et de la face externe des manches de l'instrument. La face externe est polie et légèrement convexe. L'interne, dans sa partie la plus rapprochée de l'articulation, offre une gouttière peu profonde et taraudée. Une pièce importante de l'instrument est une sorte de crampon, dont les deux extrémités recourbées sont légèrement concaves et bien polies, et dont la partie moyenne offre une saillie percée d'un canal taraudé. Cette pièce n'est autre chose, si l'on veut, qu'un écrou à peu près cubique, dont la partie supérieure se prolonge à droite et à gauche sous forme d'ailes qui se recourbent après un court trajet. Je nommerai cette pièce écrou-crampon. Supposons l'écrou-crampon passé à l'extrémité de la vis, nous aurons l'appareil moteur tout entier. Si les cuillers sont appliquées et la tête saisie, et que l'appareil moteur soit placé sur les branches de l'instrument, de telle manière que la partie moyenne du crampon appuie sur la partie supérieure des branches, l'écrou cubique étant dans leur intervalle, les parties recourbées du crampon sur les côtés; que la vis soit entre les deux branches, et que son extrémité, dépassant un peu l'écrou, corresponde aux gouttières taraudées dont nous avons parlé plus haut; si en même temps, par un mécanisme particulier établi à l'extrémité du manche de la branche droite, la vis est fixée de manière qu'elle ne soit pas mobile dans l'écrou, l'écrou devenant alors mobile sur la vis, on voit que la manivelle, mise en mouvement de gauche à droite, fera descendre l'écrou-crampon sur les manches, les rapprochera de plus en plus l'un de l'autre, et par conséquent, lorsqu'il sera à la fin de sa course, l'extrémité des cuillers sera en contact, et la tête du fœtus sera aplatie et broyée. Un mouvement en sens inverse de la manivelle fera remonter l'écrou-crampon; et aux deux extrémités, manches et cuillers s'écarteront.

S'il nous était possible d'établir un jugement sur des instruments que nous ne connaissons que par des figures, nous dirions, et ce sera sans doute l'avis de nos lecteurs, que l'instrument de Langheinrich est trop compliqué; que celui de Hüter, fort ingénieux sans doute, n'a pas encore toute la simplicité désirable; que celui de Kilian est le plus simple, et par conséquent le meilleur de tous. M. Depaul est arrivé à un résultat plus satisfaisant encore; car son instrument a de l'analogie avec celui de Kilian, et il est encore plus simple.

Pharmacologie chirurgicale.

DE L'EMPLOI DU TRICHLORURE DE CARBONE ***dans le traitement du cancer et des ulcères gangréneux***, par M. TUSON, médecin à l'hôpital de Middlesex.

Le trichlorure de carbone est un liquide transparent, exhalant une forte odeur de chlore, et composé, comme son nom l'indique, de trois parties de chlore et d'une de carbone. M. Tuson l'a employé à l'extérieur et à l'intérieur. A l'extérieur, on l'étend d'eau à la dose d'un ou deux gros de trichlorure par pinte; à l'intérieur, on l'administre à la dose d'une à trois gouttes dans une petite quantité d'eau, trois fois par jour.

M. Tuson l'essaya, pour la première fois, à l'hôpital de Middlesex, sur une femme qui portait au sein un cancer ulcéré; on appliquait sur l'ulcère des compresses trempées dans la solution aqueuse, à un gros par pinte. Presque aussitôt la douleur diminua, la fétidité disparut, et il y eut une amélioration notable. Alors on le donna à l'intérieur; et l'effet sédatif fut tel que la malade dormit durant trente-quatre heures. L'ulcère s'est détergé peu à peu; mais là, l'observation s'arrête, et l'on ajoute seulement que l'on continue les lotions de trichlorure, qui paraissent empêcher la douleur de se produire.

Dans un deuxième cas, les phénomènes furent les mêmes; mais l'observation demeure également incomplète. Toutefois, l'effet sédatif, la disparition des douleurs, le retour du sommeil ont été tellement manifestes, que M. Tuson accorde à son nouveau remède une action en quelque sorte spécifique sur les affections cancéreuses. Il faut dire, cependant, qu'il en a retiré le même bénéfice dans la gangrène sénile et les ulcères gangréneux. Bien plus, il l'a administré à l'intérieur dans quelques cas de névralgies et même de névroses; et l'action sédative a été également très-prononcée.

Il faut se garder, sans doute, de prendre des espérances encore bien légères pour des réalités; et peu de personnes seront disposées à croire à la prétendue spécificité du trichlorure de carbone contre les ulcérations cancéreuses. Mais, si ce médicament justifiait seulement la réputation qu'on veut lui faire comme calmant dans les douleurs atroces, soit du cancer, soit de la gangrène sénile, ce serait toujours une précieuse acquisition pour la thérapeutique.

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATION D'UNE LUXATION DU CUBITUS EN ARRIÈRE SUR L'HUMÉRUS, *par* M. FOUCARD, D. M. P. *au Grand-Fresnoy* (*Oise*).

Je fus appelé le 7 mai 1841, au soir, près d'une femme qui venait de faire une chute à la suite de laquelle elle ne pouvait plus mouvoir l'avant-bras gauche. Selon son récit, cet accident lui était arrivé à une demi-lieue de sa demeure et dans les circonstances suivantes : —Des chiens qui se battaient vinrent se jeter dans ses jambes et lui firent perdre l'équilibre, mais elle fit encore plusieurs pas précipités en cherchant à se retenir. Le poids du corps, qui selon toutes les probabilités porta sur la paume de la main gauche, fut donc augmenté de toute la vitesse de la chute. Aussitôt après celle-ci, la malade ressentit une vive douleur au coude avec impossibilité de le mouvoir ; et dans la persuasion qu'elle avait quelque chose de dérangé, elle pria deux hommes complétement étrangers à l'art d'exercer des tractions sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Ces tentatives d'extension déterminèrent l'allongement du membre et un claquement caractéristique, après quoi elle eut assez de force pour revenir chez elle à pied. Du reste, elle a toujours affirmé être tombée sur le coude ; mais comme la paume de la main offrait des traces de boue, je pense que ce témoignage doit avoir plus de valeur que celui de la malade.

Quoi qu'il en soit, voici l'état dans lequel je trouvai le membre trois quarts d'heure après l'accident.— L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, et dirigé en dedans ainsi que la main. L'extension et la flexion sont impossibles ; mais la pronation et la supination ont conservé presque toute leur intégrité.—On suit le bord interne du cubitus jusqu'au sommet de l'olécrane, et il est facile de constater qu'il n'y a pas de fracture. L'articulation du coude seule est déformée. L'olécrane remontée en haut est portée en dehors, de sorte qu'il existe un espace d'environ deux travers de doigts entre elle et l'épitrochlée ; en même temps, et par une conséquence naturelle, elle est rapprochée de l'épicondyle qui est moins saillant que celui du côté opposé. Néanmoins on constate facilement, au-dessous de cette apophyse, la présence de la petite tête du radius qui n'a subi aucun déplacement. L'extrémité inférieure de l'humérus fait en avant et en dedans une saillie qui efface le pli du coude ; et le doigt porté en arrière, où il n'y a aucune tuméfaction, sent parfaitement à travers la peau la cavité olécranienne, qui dans la luxation de l'avant-bras doit recevoir l'apophyse coronoïde. L'examen le plus attentif ne fait reconnaître aucune fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus ou des tubérosités de cet os ; et ces faits sont d'autant plus faciles à constater que le gonflement n'est pas encore très-marqué, et que la malade n'accuse pas de grandes souffrances.

Comme l'indication me paraissait très-simple, je fis exercer quelques tractions sur l'avant-bras, tandis que je maintenais le bras avec mes deux mains, et que mes indicateurs repoussaient l'olécrane en bas. —La réduction fut très-facile ; il semblait même qu'un effort très-léger eût pu reproduire la luxation. Pour prévenir cet accident, j'appliquai derrière le coude légèrement fléchi une gouttière en carton mouillé, que j'enlevai le dixième jour pour la remplacer par un bandage roulé. La malade ne tarda pas à exercer son bras elle-même, et au bout de six semaines l'articulation avait recouvré tous ses mouvements et toute sa force.

D'après les symptômes que je viens de présenter, incomplétement peut-être, je pensai avoir affaire à une luxation du cubitus sur l'humérus. Je consultai donc les auteurs à ma disposition, et je fus tout étonné de ne rien trouver dans Boyer.—M. A. Bérard, dans le Dictionnaire de Médecine, parle seulement d'un cas de ce genre d'après Astley Cooper ; encore on n'y retrouve pas tous les symptômes que j'ai observés. Mon exemple serait donc à peu près unique dans la science ; et si l'on pouvait tracer l'histoire d'une maladie d'après un seul fait, voici les caractères que j'assignerais à cette luxation : avant-bras légèrement fléchi et porté en dedans ainsi que la main ; *olécrane portée en haut et en dehors, ce qui l'éloigne de l'épitrochlée et la rapproche de l'épicondyle ; extrémité inférieure de l'humérus dans sa portion trochléenne faisant saillie en avant et en dedans, ce qui permet de sentir à travers la peau et en arrière la cavité olécranienne vide ;* — mouvements de flexion et d'extension impossibles ; pronation et supination conservées.

Maintenant ne peut-il pas se faire que cette luxation ait été d'abord une luxation de l'avant-bras, et que dans les premiers efforts de traction le radius seul ait repris sa place ?—Je ne le crois pas, car cela impliquerait nécessairement un diastasis cubito-radial, et on conçoit plutôt que ce diastasis ait eu lieu par les effets de la chute que par ceux de la traction. Je pense donc que la luxation du cubitus est la seule qui ait existé, qu'elle a pu être réduite d'abord et se reproduire ensuite dans le trajet d'une demi-lieue fait par la malade, trajet pendant lequel elle fut obligée de s'asseoir plusieurs fois. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est la tendance qu'avait cet os à se

déplacer de nouveau après que je l'eus réduit. Peut-être, enfin, existe-t-il chez cette femme une disposition congéniale ou acquise; car elle m'a dit avoir éprouvé il y a douze ans un accident semblable au même bras, en tombant d'un tas de foin élevé de quelques pieds.

FOUCARD, D.-M.

Cette observation n'est pas aussi près d'être unique que l'a pensé M. Foucard; après A. Cooper, la luxation du cubitus en arrière a été observée, en 1829, par M. Boudault, qui a publié le fait dans la *Revue médicale;* en 1836, par M. Sédillot et M. Diday, dont les observations sont consignées dans la *Gazette médicale;* et, enfin, M. Brun paraît en avoir à lui seul observé trois cas, dont deux ont été récemment publiés dans le *Journal de Lyon*.

On voit néanmoins que nos richesses ne sont pas encore bien grandes; et l'observation de M. Foucard, qui vient à propos grossir cette liste, présente d'autant plus d'intérêt que les symptômes ont été étudiés et décrits avec beaucoup de soin. Quant à la question qu'il se pose, si d'abord le radius n'aurait pas pris part au déplacement, nous ne serions pas éloignés d'y répondre par l'affirmative; c'eût été une luxation incomplète, que nous croyons bien plus fréquente que la luxation complète. Il faut que les observateurs prennent garde de confondre ces trois espèces si diverses; et, pour le dire en passant, peut-être le premier cas de M. Brun n'était-il qu'une luxation incomplète des deux os. C'est une question sur laquelle il pourra être utile de revenir.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ; *par* J. LISFRANC (1).

Lorsqu'un chirurgien s'est élevé par son talent, par son originalité, fut-ce même encore par son audace, à une célébrité incontestable dans l'enseignement et dans la pratique, il faut le louer d'abord d'avoir dérobé assez de temps à ses élèves et à ses malades pour faire jouir le public des fruits de son expérience et de ses méditations. C'est un service rendu à la science; et ajoutons qu'il n'est pas moins utile à l'écrivain lui-même. A moins d'un siècle de distance, quelle idée concevrions-nous de J.-L. Petit, s'il ne nous avait laissé de sa propre main ces grandes ébauches d'un monument malheureusement inachevé? Dupuytren est mort, non sans y avoir songé, mais sans avoir eu le temps de se mettre à l'œuvre; et les *Leçons* recueillies par ses élèves ne suppléent que bien imparfaitement au silence du maître. Il y a un autre grand praticien dont le tact et l'habileté vivent encore dans les souvenirs de la génération présente, A. Dubois, pour qui nous avons souvent regretté qu'on n'eût pas fait ce qui avait été fait pour Dupuytren. Nous croyons pouvoir affirmer que M. Roux s'occupe sérieusement de recueillir et de coordonner les résultats de sa vaste pratique; heureuse nouvelle pour tous les chirurgiens qui se sont pressés à ses leçons. Enfin, après avoir bien longtemps à l'avance annoncé ce livre qu'on désespérait de voir paraître, M. Lisfranc vient de payer sa dette à la science, et il nous a donné sa *Clinique chirurgicale*.

M. Lisfranc a réuni dans ces trois volumes tous les articles déjà publiés à part, soit par lui, soit par ses élèves, sur les questions dont il s'est le plus occupé; corrigeant, retranchant, ajoutant, de manière à nous donner sur chaque sujet le dernier mot de sa pratique actuelle. Bon nombre de ces articles étaient donc généralement connus et appréciés; avantage rare pour un livre de ce genre, et qui, s'il lui ôte quelque peu de sa nouveauté, lui donne aussi dès son apparition une couleur toute classique. Le premier volume renferme ainsi une trentaine de mémoires, dans lesquels nous retrouvons les idées du chirurgien de la Pitié sur les fractures, les brûlures, les ulcères, les cancers, les tumeurs blanches, etc. Quelques-uns des Mémoires qui ont servi à fonder la réputation de l'auteur en médecine opératoire y ont également trouvé place, et nous espérions les voir tous successivement reproduits. Mais, dès le second volume, l'abondance et surtout le choix des matériaux ont exclu ce mélange; et nous ne nous en plaindrons pas, si M. Lisfranc donne suite, ainsi qu'il le promet, à son projet depuis longtemps arrêté de publier sa médecine opératoire.

Les deux derniers volumes ont donc un caractère tout spécial, et qui en fait presque un ouvrage distinct. Ce ne sont plus des questions étrangères, ou à peu près, les unes aux autres; c'est en quelque sorte un traité des maladies des femmes, mais à la manière anglaise, et avec les faits et les idées de l'auteur. Après un long et intéressant article sur les tumeurs du sein, nous arrivons aux affections de l'utérus; et les deux volumes ont suffi à peine à en tracer l'histoire.

On comprend que nous ne saurions résumer ici tant d'articles si pleins de choses; et une simple énumération serait fastidieuse sans beaucoup de profit pour le lecteur. Il y aura plus d'intérêt peut-être à rechercher l'idée dominante du livre, ce qui le fait différer des autres ouvrages du même genre.

Si l'on ouvre la clinique de Desault, par Bichat, malgré l'apparence dogmatique du Traité des maladies des voies urinaires, on voit bientôt que l'idée de l'auteur n'est pas là; on la cherche vainement aussi dans le deuxième volume, composé de mémoires isolés et disparates; et c'est dans le premier seulement, à l'occasion des luxations et des fractures, qu'il est possible de démêler une vue générale. La préoccupation de Desault, c'est de perfectionner le traitement mécanique des lésions chirurgicales; et pour lui, perfectionner, c'est simplifier. Il ne souffre aucune mécanique; ni vis, ni plaques, ni ressorts; il supprime le fer et l'acier; les courroies de cuir même ne trouvent pas grâce à ses yeux; tout se fait avec des attelles et des bandes. Dans la même

(1) Trois vol. in-8°, prix 20 francs.—Chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 1.

voie, et poussé par la même idée, a marché M. Mayor qui, à son tour, ne veut plus ni bandes, ni charpie, ni attelles; et, chose curieuse, à force de vouloir simplifier, l'un et l'autre sont tombés dans l'excès qu'ils redoutaient le plus; Desault, avec son bandage si compliqué de la clavicule; M. Mayor, avec ses gouttières en fil de fer. Quoi qu'il en soit, la puissance de l'idée générale a été telle, que Desault a eu son école, tournée presque exclusivement, comme le maître, vers le côté mécanique de l'art. On dirait que M. Lisfranc s'est proposé de fonder une école tout opposée. Certes, en médecine opératoire, il a assez largement contribué au perfectionnement des procédés manuels; mais, déjà, c'est en appliquant des données nouvelles, plutôt qu'en modifiant ou les appareils ou les instruments. En chirurgie clinique, son indifférence pour l'instrumentation est encore plus tranchée; il songe, avant tout, au traitement médical; il invoque, il préconise *l'alliance de la médecine et de la chirurgie*. Phénomène assez curieux chez un opérateur aussi habile, il fuit les opérations; pour l'amputation même du col de l'utérus, il déclare qu'il la fait beaucoup moins souvent qu'autrefois. Aussi, sauf les rares articles de médecine opératoire égarés dans le premier volume, les amateurs de procédés et d'opérations ne trouveront guère ici de quoi se satisfaire; et la meilleure idée que nous puissions donner de cet ouvrage, c'est de dire que c'est une *chirurgie médicale ;* et c'est par là surtout qu'il se recommande aux praticiens.

Maintenant, n'y aurait-il pas lieu à adresser à l'auteur quelques critiques; à relever quelques exagérations, peut-être, du principe d'ailleurs si excellent qui l'a dirigé; quelques formes de polémique acerbes, quelque oubli çà et là des travaux contemporains? Nous l'avouons, nous aimons mieux laisser à d'autres cette tâche ingrate; et quelques taches, qu'il sera facile d'effacer dans une édition nouvelle, n'ôtent rien de son intérêt et de son importance à un livre où l'on entend parler, où l'on voit agir, où l'on suit, dans ses plus hardies déterminations comme dans les moindres détails de sa pratique, l'un des chirurgiens les plus renommés de notre temps.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—22 *avril*.—M. Lantery adresse de Londres une lettre sur la myotomie rachidienne. Nous l'avons reproduite dans notre *Revue critique*.

29 *avril*.—M. J. Guérin lit une note intitulée: *Courte réponse à quelques attaques contre la myotomie rachidienne*. La première partie de cette note est à peu près la reproduction des aménités littéraires prodiguées à M. Malgaigne dans la *Gazette médicale*. Après quoi, passant à M. Lantery, M. Guérin déclare que, bien qu'employé à la Muette, ce docteur n'a pris et *n'a pu prendre* aucune note; et il entre dans le détail des discussions domestiques qui ont eu lieu entre lui et M. Lantery. La lecture prend alors un tel caractère que M. le président est obligé de l'interrompre. M. Guérin veut continuer; il se fait alors une explosion générale de murmures ; M. Dumas, M. de Blainville l'interpellent vivement en l'accusant de faire des personnalités offensantes, sans rien dire de scientifique; et M. Guérin termine en rappelant le prix que lui a accordé l'Académie.

—M. Baudens écrit qu'à l'aide d'un appareil de son invention, il a guéri sans raccourcissement notable et sans déviation toutes les fractures du corps et du col du fémur qu'il a eu à traiter au Val-de-Grâce depuis quinze mois. Nous avons donné une idée de cet appareil, t. I[er], pag. 223 ; il ne diffère guère des appareils à extension connus que parce que M. Baudens fait légèrement fléchir la jambe.

Le même chirurgien écrit qu'à l'aide d'un autre appareil il a obtenu la réunion immédiate d'une fracture transversale de la rotule. C'est à l'aide de bouts de bande qu'il agit sur les fragments.

Académie de médecine.—L'Académie a tenu sa séance annuelle le 30 avril, dans son ancienne salle, à laquelle des changements considérables ont été faits. M. Bousquet a lu l'éloge de Double; M. Pariset l'éloge de Bourdois de Lamotte, tous deux avec les applaudissements de l'assemblée.

7 *mai*.—M. Vidal (de Cassis) lit un mémoire intitulé: *De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique*.

16 *mai*.—M. Laugier lit un mémoire *sur l'écoulement d'un liquide séreux par l'oreille à la suite d'une percussion violente sur le crâne*.

— Le docteur Handyside a communiqué à la *Société médico-chirurgicale d'Édimbourg* l'histoire d'une désarticulation coxo-fémorale pratiquée sur un jeune garçon de 14 ans pour un ostéosarcome du fémur. L'opération fut faite par la méthode à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur; le membre fut détaché en dix-sept secondes. L'articulation était saine; six semaines après l'opéré sortit de l'hôpital. Malheureusement des signes de récidive ne tardèrent pas à se prononcer; le moignon s'engorgea, une tumeur de mauvais caractère se montra dans l'hypochondre gauche; l'œil gauche même se prit, et enfin il s'éleva sur la cicatrice un fongus saignant du volume d'un œuf de pigeon. Tel était l'état des choses quatre mois après l'opération, et, comme on le pense bien, le cas était regardé comme désespéré.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

// JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JUIN 1844.

SOMMAIRE.

De l'enquête académique sur la myotomie rachidienne.

La commission nommée par l'Académie royale de médecine n'a pas tardé à se constituer; elle a nommé M. Roux, président; M. Velpeau, secrétaire; ensuite elle s'est occupée sérieusement de remplir sa mission. Mais presque aussitôt elle a rencontré des obstacles qu'on ne saurait dire absolument inattendus; la plupart des malades ont refusé de se rendre aux invitations officielles de la commission; et M. Roux, en sa qualité de président, est venu en référer à l'Académie. Nous donnons plus loin un fidèle résumé des débats qui ont suivi cette communication, et qui ont occupé deux orageuses séances; mais il ne sera pas inutile de dire quelques mots de la physionomie qu'ils ont affectée.

Et ce qui est d'abord bien remarquable, c'est que personne dans l'Académie, pas même M. Guérin, n'a cherché à élever le moindre doute sur la réalité des faits annoncés par M. Malgaigne. En effet, devant l'Académie, en présence d'une commission nommée par elle, de pures dénégations auraient été imprudentes; on n'aurait pu déclarer les faits inexacts qu'à la condition de les faire voir; or, c'est là ce qui serait le plus dangereux; il est important, au contraire, d'empêcher à tout prix que la commission ne les voie; et il a fallu user d'une autre tactique.

D'abord on a posé en principe qu'il était inconvenant, illicite, d'aller visiter les malades d'un médecin sans son assentiment. Il y a là une confusion qu'il faut éclaircir; s'il s'agit de la pratique privée, on a mille fois raison; ce serait une inquisition odieuse, et contre laquelle nous serions les premiers à nous élever. Mais quand des faits ont été rendus publics, ils appartiennent au domaine public; ils sont livrés à la libre discussion;

il ne s'est guère trouvé qu'un seul homme en France à soutenir le contraire. Mais qu'est-ce donc que la discussion, s'il n'est pas permis de vérifier? Nous le disons hautement : sans le droit de discussion, il n'y aurait pas de science; mais le droit de discussion ne serait qu'un vain mot sans le droit de vérification.

On est venu ensuite déclarer à l'Académie que les recherches de la commission ne pouvaient aboutir à rien ; et que, lors même que les 24 malades signalés par M. Malgaigne ne seraient pas guéris, comme le total des sujets est de 155, comme M. Guérin n'a annoncé que 52 guérisons, ces 24 insuccès pouvaient fort bien appartenir à la catégorie des 102 insuccès avoués par M. Guérin.

Cet argument avait déjà été présenté par la *Gazette médicale ;* et nous n'avions pas jugé nécessaire d'y répondre. Mais il a été reproduit devant l'Académie par un de ces hommes dont le caractère et la probité scientifique commandent l'attention et le respect, et dont toutes les paroles ont une juste autorité. Il importe donc de faire voir à M. Louis qu'il a été trompé, qu'il a reçu avec trop de confiance des chiffres sans valeur, et que l'enquête de la commission a une portée beaucoup plus sérieuse qu'il ne pense.

D'abord il est tout à fait inexact de dire qu'il y a eu 155 sujets traités et 102 non-guérisons. Sur ce chiffre général il y en a 98, aux termes du Relevé, *non revus ou non traités, ou encore en traitement ;* ce qui fait, si l'on veut, trois catégories.

Or, M. Malgaigne a-t-il pris ses 24 observations chez des sujets *non traités?*—Pas le moins du monde ; toutes les malades ont été traitées à l'hôpital, 2 *ou* 3 *mois au moins,* 9 *à* 10 *mois au plus ;* et M. Malgaigne a soigneusement écarté celles qui, étant entrées à l'hôpital, y étaient restées trop peu de temps, ou n'y avaient pas été traitées directement de leur déviation.

Maintenant serait-il tombé sur des sujets *encore en traitement?*—Pas le moins du monde ; il a soigneusement élagué les sujets qui étaient encore à l'hôpital à la date du Relevé statistique ; et la plupart des malades dont il a donné l'histoire avaient été renvoyées du service par M. Guérin. On conviendra d'ailleurs que la commission de l'Académie est parfaitement apte à reconnaître de semblables méprises, et à les signaler au besoin.

Mais enfin s'il s'agissait de malades *non revus ?* — Que l'on se rassure même à cet égard ; les malades cités par M. Malgaigne sont parfaitement connus de M. Guérin ; il les a *revus*, et il les *revoit* encore au besoin ; et de tous il peut donner des nouvelles. La commission de l'Académie a déjà pu s'en apercevoir.

Mais si M. Malgaigne a éliminé les sujets *non revus , non traités* ou *en traitement*, il faut donc réduire ce chiffre fastueux de 155 à cet autre chiffre de 57. Et comme il y a une mort, reste 56. En effet, le Relevé porte en propres termes :

24 guérisons complètes.
28 améliorations.
4 cas sans améliorations.

Or, M. Malgaigne n'a pas trouvé *une seule guérison.* Direz-vous que ses 24 cas peuvent encore trouver place parmi les 32 améliorés ou non améliorés? Le hasard l'aurait bien mal servi alors ; et il ferait remarquer, comme il l'a déjà fait, que de toutes ses observations concernant des sujets traités dans le service , il s'ensuivrait que les 24 guérisons ont été obtenues *à la consultation.* La *Gazette médicale*, qui ne recule devant rien, a déjà dit quelque chose de semblable ; et, après tout, le hasard fait tant de miracles ! Il faut donc ôter encore cette ressource à la *Gazette médicale*, et lui montrer que nous tenons quelques-unes de ses guérisons. Voici une nouvelle histoire à ajouter à toutes celles qu'a déjà fournies la myotomie rachidienne ; les pièces justificatives seront mises sous les yeux de la commission ; et M. Malgaigne se fera un plaisir de les montrer à M. Louis, pour peu que l'honorable académicien en témoigne le désir.

Le 7 février 1842, M. Bouvier avait communiqué à l'Académie des Sciences un certain nombre d'observations de myotomie rachidienne, toutes remarquables par l'insuccès de l'opération. Deux de ces faits entre autres avaient été publiés comme des succès

complet par M. Hillairet dans sa thèse inaugurale. M. Guérin réclama aussitôt, prétendit que le hasard avait fait tomber M. Bouvier juste à côté des guérisons réelles; et comme les observations de M. Hillairet étaient fort embarrassantes, la *Gazette médicale* du 18 février publia, *non pas le texte*, mais une analyse d'une lettre adressée à l'Académie des Sciences, par M. Hillairet lui-même.

Dans cette lettre donc, M. Hillairet déclarait « *qu'il n'avait eu avec M. Guérin aucune relation* PERSONNELLE; qu'il avait donné *un résultat inexact en présentant dans sa thèse, comme guéri, un individu qui ne l'était pas* COMPLÉTEMENT; mais que *ce renseignement ne lui avait pas été transmis par M. Guérin*, et *que, d'ailleurs, si l'on n'a pas obtenu la guérison dans ce cas, il y a eu du moins une diminution notable de la difformité* APRÈS LA SECTION DES MUSCLES.

O Escobar de pieuse et secourable mémoire! O distinctions subtiles et ingénieuses, bien faites pour renverser de stupéfaction un adversaire éperdu! M. Hillairet n'avait eu avec M. Guérin aucune relation PERSONNELLE! Cela est vrai; mais M. Guérin lui avait envoyé directement M. Kuhn pour lui dicter la lettre à écrire en réponse au mémoire de M. Bouvier. M. Guérin ne lui avait pas TRANSMIS ce renseignement! — Non pas personnellement en vérité; mais M. Brochin lui avait transmis les deux observations toutes rédigées, que M. Hillairet n'avait fait que *recopier fidèlement* dans sa thèse. M. Hillairet n'avait pas vu ces guérisons; c'est M. Brochin qui les a vues et qui les atteste. M. Hillairet n'a pas vu davantage les améliorations qu'on met tout doucement à la place des guérisons; c'est M. Kuhn, de la part de M. Guérin, qui les lui certifie. Et pour achever la progression descendante, la commission académique a vu cette jeune fille qui était *guérie* en 1841, qui n'était plus qu'*améliorée* en 1842; elle a entendu la mère et la fille dire que M. Guérin l'avait renvoyée comme *guérie*, l'avait signalée dans ses conférences comme *guérie;* en 1844, sous les yeux de la commission, elle n'est pas *guérie*, elle n'est pas *améliorée*; elle est *dans un état pire qu'auparavant*.

Mais, dites-vous, M. Brochin, M. Kuhn, quel rapport ont ces messieurs avec M. Guérin? — Quel rapport! Mais ce sont les deux sévères et consciencieux auteurs du Relevé statistique; ce sont eux seuls qui ont recueilli les observations; M. Guérin s'est borné à attester et leur compétence et leur véracité. Or, cette véracité, Dieu nous garde de la mettre en cause; il y avait tant de motifs pour qu'ils fussent induits en erreur! mais ils se sont trompés manifestement, l'un en donnant comme guérie, l'autre en annonçant comme améliorée, une pauvre jeune fille empirée par la myotomie rachidienne.

Ainsi donc, il se pourrait bien, contre l'opinion de M. Louis, que l'enquête de la commission aboutît à quelque chose. Que dis-je! elle a déjà produit un effet inouï. Elle n'a vu encore que quelques malades; mais elle les a trouvés dans un tel état, et si conformes aux dires de M. Malgaigne; et de plus on montre une si édifiante frayeur qu'elle ne parvienne à voir les autres, que la question est à cette heure jugée pour tout le monde. Bon nombre d'honorables académiciens, préoccupés avant tout de la dignité de la compagnie, ont manifesté le désir d'arrêter l'enquête, de retirer à la commission ses pouvoirs, dans la crainte que le résultat ne fût fâcheux pour un de leurs collègues, et ne rejaillît sur le corps tout entier.

Nous comprenons ces légitimes susceptibilités; et, nous rappelant que nous sommes partie dans ce débat, nous ne chercherons ni à les réfuter ni à les combattre. Ainsi que nous l'avons dit, notre rôle est terminé; le reste appartient à l'Académie et à la commission. La commission et l'Académie ont décidé que l'enquête devait être poussée aussi loin que possible; nous croyons qu'elles ont fait une chose utile pour l'humanité et la science, et qui sera surtout utile dans l'avenir à la dignité de la profession.

A cette occasion, la majorité de la commission, et les orateurs de la majorité de l'Académie ont été couverts par la *Gazette médicale* des plus ignobles et, ajoutons-le, des plus maladroites injures. On peut supposer que nous en avons recueilli notre part. La *Gazette* espérait-elle obtenir de nous une réponse? A Dieu ne plaise; dans l'état actuel des choses, ainsi que l'a dit énergiquement M. Roux, ses injures ne peuvent qu'honorer.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la disposition aux hémorragies, et des signes auxquels on peut la reconnaître, *par* M. le docteur Dequevauviller, *ancien interne des hôpitaux.*

Il suffit d'avoir observé un certain nombre de blessés pour avoir été vivement frappé des anomalies que présentent souvent dans leur marche les plaies, même les plus simples, qu'elles aient été produites par une cause accidentelle, ou qu'elles résultent d'une opération chirurgicale. Il n'est sans doute pas de praticien qui n'ait vu plus d'une fois la thérapeutique la plus rationnelle, les dispositions les plus sages, devenir inutiles en face de ces accidents imprévus. Tantôt des lésions superficielles donnent lieu à d'abondantes hémorragies qui résistent à tous les hémostatiques, et persistent jusqu'à l'achèvement complet d'une cicatrice qui se fait longtemps attendre; tantôt des suppurations interminables s'établissent là où tout faisait présager une réunion immédiate, et conduisent lentement à la tombe des malades dont la guérison paraissait facile et certaine; tantôt enfin une plaie, dans les conditions en apparence les plus heureuses, est en quelques heures envahie par la gangrène que rien ne peut plus arrêter, sans que les caractères de la pourriture d'hôpital, sans que la présence des causes sous l'influence desquelles elle se développe, aient pu faire présager une aussi triste complication.

De quel avantage ne serait-il pas pour le praticien de pronostiquer ces perturbations singulières, soit qu'il pût s'opposer à leur manifestation, soit qu'il se tînt simplement en garde contre leur apparition? Mais c'est vainement qu'on cherche dans les auteurs les signes qui peuvent servir à baser un semblable pronostic. Si les annales de la science fournissent un assez grand nombre de ces cas singuliers, les observateurs qui nous les ont transmis n'ont pas cherché à en pénétrer la nature; ils les ont en général représentés comme des idiosyncrasies, c'est-à-dire comme des dispositions propres à l'individu, sans indiquer ce que pouvaient offrir de particulier, dans leur aspect extérieur, les malades qui avaient été soumis à leur examen. N'est-il pas cependant probable que ces dispositions sont indiquées par quelques caractères particuliers qu'il serait possible de saisir en comparant les différents sujets? Ne pourrait-on pas alors prévoir leurs effets avant qu'ils se soient manifestés? Ne pourrait-on pas, plus tard, pénétrer le mystère de leur existence, les combattre et peut-être les détruire?

J. Hunter l'a fait en partie pour la disposition aux suppurations, qu'il a nommée *irritative:* peu importe le nom; il en a tracé quelques caractères vagues encore, mais qui, cependant, peuvent être utilisés dans un nouveau travail.

La disposition aux hémorragies a été plus étudiée surtout dans certaines localités où elle est endémique et héréditaire, transmissible par les femmes aussi bien que par les hommes, mais aux mâles seulement. Otto, en 1808, fit connaître dans un mémoire publié dans le *Medical and physical Journal,* cette singulière maladie qu'il avait observée aux États-Unis; et M. Dubois de Neufchâtel, dans un travail inséré dans la *Gazette médicale,* en 1838, nous a appris que la même affection héréditaire existe dans la partie occidentale de la Suisse et surtout dans les provinces rhénanes; le même nom, dans les deux pays, a été donné aux individus doués de ce triste privilége; ils sont appelés *Bleeders* en Amérique; *Bluters* en Suisse. Otto déclare que les caractères de cette disposition ne sont pas encore assez bien déterminés pour qu'on puisse la reconnaître avant sa manifestation (*ouvrage cité*, July 1808, p. 89); M. Dubois, qui a observé avec beaucoup de soin le sujet qui lui a été soumis, remarque que le malade, âgé de 7 ans, était de taille ordinaire, délicat, très-maigre et blond; ses yeux étaient bleus clair; sa peau, d'une blancheur extrême, presque transparente, ne laissait cependant apercevoir aucune veine; le visage était très-pâle; la moindre contusion produisait

d'énormes ecchymoses, ce qu'il attribue à une fluidité plus grande de sang, ou à un affaiblissement des vaisseaux capillaires.

Une foule d'observations intéressantes de la même disposition se trouvent dans les auteurs et dans les recueils périodiques ; mais, en général, les caractères extérieurs que présentent les sujets n'ont pas été mentionnés.

Fabrice de Hildan nous apprend cependant qu'un apothicaire qui eut une hémorragie grave par l'ombilic, était depuis longtemps sujet aux épistaxis et avait une constitution lymphatique (*cent.* 3, *obs.* 37) ; deux caractères reproduits dans ces derniers temps, le premier par M. James Hugues (*Archives de médecine,* 2e série, tom. III), le second par M. Lebert (*Archives de médecine,* 3e série, tom. III, pag. 60) ; et M. le professeur Lordat paraît admettre un signe déjà indiqué par Morton, la faculté de fournir spontanément de l'électricité (*Traité des hémorragies,* pag. 185).

Depuis longtemps M. le professeur Bégin avait eu l'idée de baser de semblables recherches, soit sur des observations déjà acquises à la science, soit sur des observations nouvelles ; depuis longtemps il avait insisté sur l'intérêt et l'importance que présenterait un semblable travail ; c'est d'après ses conseils qu'ayant rencontré chez quelques malades une disposition évidente aux hémorragies, j'ai tâché de déterminer quelques-uns des caractères qui peuvent servir à la faire reconnaître.

Il ne s'agit pas évidemment ici de la constitution hémorragique telle que la comprennent les pathologistes, de cette disposition morbide sur laquelle ont surtout insisté, Fallope d'abord, puis F. Hoffmann, Stahl, Huxham, Cullen et Pinel, et que les auteurs du *Compendium de médecine pratique,* se basant sur les travaux de MM. les professeurs Andral et Gavarret, ont prouvé, ce semble, appartenir à une proportion plus grande des globules de sang, tandis que la tendance aux phlegmasies dépendrait d'une prédominance de la fibrine. Il ne s'agit pas davantage de ces hémorragies passives qui surviennent à la suite des débilitations profondes et dont le scorbut offre de si fréquents exemples; celles-là sont plutôt du ressort de la pathologie interne: celle dont je vais m'occuper est plutôt du domaine de la chirurgie. Il s'agit de cette tendance aux hémorragies que présentent certains individus à la suite des lésions les plus légères, même de celles qui n'intéressent que le système capillaire sous-cutané.

Il ne faut pas croire qu'elle ne se présente que dans les circonstances indiquées par Otto et par M. Dubois; souvent elle affecte des individus isolés, dans la famille desquels rien de semblable ne s'est présenté ; le praticien n'a plus ici la ressource des commémoratifs pour se guider ; et s'il ne la reconnaît pas, il peut voir inopinément survenir de graves accidents.

Le premier malade qui fut soumis à mon examen était un homme dans la force de l'âge, également éloigné de l'état de pléthore et de l'état de débilité qui deviennent tous deux si souvent causes d'hémorragies ; son tempérament paraissait devoir le mettre à l'abri de semblables accidents ; aussi mon esprit fut-il vivement frappé des phénomènes qu'il présenta. Voici son histoire.

Obs. I.—*Plaie à la main, lésion d'un rameau artériel, ligature de l'artère et réunion avec des bandelettes ; le huitième jour, hémorragie par exhalation qui reparaît à chaque pansement jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète ; absence de réunion immédiate.*

Le nommé Jeude, journalier, entra, le 13 avril 1840, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, pour une plaie de l'éminence thénar droite.

Cet homme, d'une constitution qui paraît bonne au premier aspect, de grande taille, est âgé de 25 ans. Sa peau est d'un blanc mat, ses cheveux sont noirs; les iris sont de la même couleur; la sclérotique est bleuâtre et comme transparente; le système musculaire est peu développé et flasque; la peau, très-fine, est appliquée sur les muscles sans intermédiaire de tissu adipeux ; dès son enfance, le malade a été sujet à de fréquentes épistaxis qui ont toujours été difficiles à arrêter. Toutes les plaies qu'il s'est faites ont donné lieu à un écoulement de sang très-abondant.

Le 5 avril, Jeude heurte une vitre avec la main. Le verre se brise et fait dans l'éminence thénar de la main droite une incision oblique de dehors en dedans et de haut en bas, de trois centimètres environ d'étendue. Il se transporte immédiatement à l'Hôtel-Dieu. Là on constate la lésion d'un rameau artériel dont le bout supérieur se présente sous la lèvre de

la plaie. Il est saisi et lié aussitôt. La plaie est réunie au moyen de bandelettes de diachylon ; le malade retourne chez lui et s'abstient de tout exercice du membre blessé.

Rien de nouveau jusqu'au 13, mais alors la ligature tombe, le malade éternue violemment, et l'hémorragie reparaît avec intensité.

Jeude se présente alors à l'hôpital des Cliniques, où il est immédiatement reçu ; l'interne de garde, M. Maslieurat, ne peut retrouver le bout de l'artère, et exerce une compression directe sur la plaie : l'écoulement sanguin est arrêté.

Le 14, le sang a reparu sous le bandage, l'appareil est enlevé; du sang est exhalé en abondance par la plaie, sans saccade et sans qu'il soit possible de reconnaître un point particulier par lequel il s'échappe. (M. Larrey prescrit : *diète, eau de gomme, repos absolu, même pansement.*)

Le 15, l'hémorragie a continué depuis la veille, mais faiblement; on enlève l'appareil; le sang s'écoule avec abondance. (*Deux potages; même traitement.*)

Le 16, le sang n'a pas reparu; l'appareil est maintenu en place.

Le 17, le pansement est de nouveau imbibé de sang. On applique deux compresses graduées assujetties par des circulaires sur le trajet des artères radiale et cubitale.

L'hémorragie ne reparaît pas les jours suivants. (*Quart d'aliments.*)

Dans la nuit du 21 au 22 avril, agitation, insomnie, douleurs pulsatives dans l'avant-bras. A la visite, les mêmes symptômes persistent; on enlève l'appareil.

Un abcès existe au niveau des compresses graduées. La plaie est recouverte d'un caillot sanguin, mollasse, noirâtre, très-fétide et très-adhérent. Les bords en sont flasques et fortement écartés. Le pus de l'abcès passe au-dessous du ligament annulaire du carpe, et vient, sous une légère pression, se faire jour entre l'extrémité supérieure de la plaie et le caillot. (*Ouverture de l'abcès avec le bistouri, pansement simple.*)

Le 24, les accidents inflammatoires ont disparu à l'avant-bras ; mais les bords de l'incision laissent écouler quelques gouttes de sang pendant le pansement. La plaie de la main est très-douloureuse et présente le même aspect. (*Pansement avec un linge fenêtré enduit de styrax.*)

Le 29, la plaie commence à se rétrécir; une petite partie du caillot se détache, mais immédiatement l'écoulement de sang reparaît. L'incision faite à l'avant-bras est presque cicatrisée; mais elle saigne chaque jour, quelque légèreté qu'on mette dans le pansement.

Le 30, une nouvelle portion du caillot se détache et donne lieu à une nouvelle hémorragie.

Le 1er mai, même état local; la peau est sèche et chaude; le pouls bat cent fois par minute; le malade éprouve quelques coliques, surtout vers le flanc gauche ; diarrhée. (*Deux ventouses scarifiées vers le point douloureux; fomentations émollientes ; lavements opiacés ; eau gommeuse; diète.*)

Le 2, les accidents généraux ont disparu. (*Deux potages.*)

La plaie se rétrécit graduellement, mais avec beaucoup de lenteur. Chaque jour une partie du caillot se détache, et chaque jour une certaine quantité de sang s'écoule pendant le pansement. L'incision faite à l'avant-bras est presqu'entièrement cicatrisée, mais présente cependant chaque jour le même phénomène.

Le 5, la plaie est entièrement détergée et recouverte de bourgeons charnus, mollasses, saignant au moindre contact. (*Cautérisation avec le nitrate d'argent; demie d'aliments.*)

Depuis ce jour la plaie marche vers la cicatrisation; mais les points qui ne sont pas encore recouverts par la cicatrice laissent toujours exhaler une certaine quantité de sang.

Le 14, cicatrisation complète de l'incision de l'avant-bras, presque complète de la plaie de la main. Cependant cette dernière plaie laisse toujours écouler quelques gouttes de sang.

Le 18, une cicatrice adhérente ferme la plaie de l'éminence thénar.

Le malade sort le 19 mai.

Ce qui frappait d'abord chez cet individu était la blancheur, la finesse et la flaccidité de la peau, l'absence de tissu adipeux, et le faible développement du système musculaire chez un homme de 25 ans, qui déclara se bien porter habituellement et supporter facilement les fatigues d'une profession pénible.

Lorsque ce malade se présenta à l'hôpital des Cliniques, on pouvait croire que la ligature s'était détachée trop tôt, et qu'on avait affaire à une hémorragie artérielle ; mais l'examen attentif de la plaie ne permit point de conserver cette opinion ; il était évident qu'on avait sous les yeux une hémorragie par exhalation; c'est ce qui détermina M. Larrey à ne pas lier l'artère à l'avant-bras, et l'événement justifia pleinement cette conduite ; mais la plaie fut loin de suivre sa marche normale ; dans les premiers jours, dès qu'elle n'était point comprimée, elle donnait lieu à une exhalation sanguine abondante. Un caillot noirâtre, mollasse, vint adhérer à la surface et arrêta l'hémorragie ; mais dès qu'un point du caillot se soulevait, l'écoulement reparaissait aussitôt, ce qui dura jusqu'à ce que la cicatrisation fût complète : un abcès se déclara à l'avant-bras,

accomplit en quelques heures toutes ses périodes, et l'incision qu'il nécessita donna lieu à une exhalation sanguine qui persista avec la même opiniâtreté. Le défaut de plasticité, que semble révéler le peu de tendance à la réunion observée dans ces deux plaies, ne fut-il pas pour quelque chose dans la rapidité avec laquelle se développa cet abcès?

Deux ans après, un cas à peu près semblable se présenta dans le même service.

Obs. II.—*Plaies à l'avant-bras et à la main sans lésion de rameau artériel; hémorragie très-considérable, persistant jusqu'à la cicatrisation complète; rapprochement au moyen de bandelettes; absence de réunion immédiate.*

Le nommé Flesin, tailleur, d'une constitution assez bonne en apparence, mais dont le tissu musculaire est peu développé, et dont la peau, d'un blanc mat, d'une finesse remarquable, repose sur une couche mince de tissu cellulaire, d'une taille de un mètre soixante-treize centimètres, ayant des cheveux rares, châtain clair, des iris bleus, et dont les sclérotiques translucides laissent apercevoir la couleur de la choroïde, est parvenu à l'âge de 21 ans sans maladie; mais alors il fut envoyé comme soldat en Afrique, où il contracta successivement une fièvre intermittente tierce et une dyssenterie, qui le retinrent longtemps malade à l'hôpital du Dey. Depuis son enfance, les moindres blessures qu'il s'est faites ont toujours donné beaucoup de sang, et ont souvent nécessité l'emploi de moyen hémostatiques énergiques, tels que l'eau de Rabel et une compression méthodique; mais il n'a jamais eu ni épistaxis ni hémorroïdes. Il est maintenant âgé de 27 ans.

Le 4 janvier 1842, il descendait un escalier de cave, lorsque le pied lui manqua; il tomba de trois marches sur le dos; mais, en même temps, sa main gauche rencontra un tesson de bouteille qui lui fit trois plaies, l'une à la face palmaire de l'avant-bras, l'autre à l'éminence thénar, l'autre enfin à la première phalange de l'auriculaire. Une hémorragie abondante se déclara aussitôt, et le malade fut immédiatement amené à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

Il est examiné dix minutes environ après l'accident. Quoique le membre soit assez fortement serré par trois serviettes, la quantité de sang qui a déjà coulé est tellement considéble qu'il a complétement imbibé le linge, et qu'il ruisselle hors de l'appareil. Ce sang est vermeil et ne forme point de caillots.

L'appareil étant enlevé, on constate à l'avant-bras une plaie transversale située au tiers inférieur, intéressant la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose d'enveloppe, les tendons du grand et du petit palmaire et l'un de ceux du fléchisseur superficiel; on voit aussi vers le milieu de la plaie, la section d'un rameau nerveux dirigé parallèlement à l'axe du membre; le sang coule en nappe de toute la surface divisée, sans qu'il soit possible de reconnaître l'orifice d'une artère ou même d'une veine considérable. A l'éminence thénar, existe une autre plaie oblique de dehors en dedans et de haut en bas, qui divise profondément les muscles et donne une quantité de sang considérable, sans qu'il soit possible d'y trouver non plus aucun orifice vasculaire. Enfin, au bord cubital de l'auriculaire, se trouve une troisième plaie n'intéressant que la peau et donnant cependant une grande quantité de sang. (M. Larrey prescrit: *pansement avec les bandelettes de diachylon, et par-dessus des disques d'agaric saupoudrées de colophane; bandage contentif médiocrement serré; 3 potages; repos absolu.*)

Le 5, engourdissement et fourmillement dans la main. Le sang a imbibé tout l'appareil, mais ne paraît plus actuellement couler. (*Une portion.*)

Le 9, l'engourdissement persiste, mais à un faible degré. L'appareil est enlevé pour la première fois; les plaies ne sont pas réunies, et saignent immédiatement avec abondance. (On replace l'appareil: *deux portions.*)

Depuis cette époque on renouvelle l'appareil tous les trois jours. Une légère hémorragie a lieu à chaque pansement. Des bourgeons charnus se développent et donnent peu de suppuration.

Le 15 février, cicatrisation des plaies du doigt et de la paume de la main. Celle de l'avant-bras est à moitié fermée, mais ce qu'il en reste donne toujours lieu à un écoulement de sang à chaque pansement; l'engourdissement dans les doigts persiste.

Jusqu'au jour de l'entière guérison de la plaie, qui n'a lieu que le 8 mars, quelques gouttes de sang s'écoulent toutes les fois qu'on change l'appareil.

Le malade sort guéri le 29 mars 1842; il conserve toujours de l'engourdissement et des fourmillements dans les doigts.

Il était impossible de ne pas être frappé de la disposition que le malade avait aux hémorragies. Il arrive, en effet, quelques minutes seulement après l'accident, et les linges qui entourent le membre et forment un épais bourrelet autour de la plaie sont traversés par le sang, qui coule en abondance sur le sol. En attendant le chirurgien, on entoure l'appareil provisoire d'une alèse pliée en plusieurs doubles, et en un instant,

elle est entièrement imbibée de sang. Aussi ne fait-on aucun doute qu'on ait affaire à une plaie artérielle, et tout est préparé pour la ligature, qui cependant est bientôt reconnue inutile.

On trouve chez ce malade tous les caractères extérieurs notés chez le précédent ; la peau est de la même couleur et de la même finesse ; le tissu cellulaire est tout aussi dépourvu de graisse ; le système musculaire tout aussi peu développé ; le malade n'exerçait pas, il est vrai, une profession pénible, il était tailleur ; mais un homme de 27 ans, bien constitué, jouissant d'une bonne santé, présente ordinairement des saillies musculaires bien autrement prononcées. Notons cependant que cet homme, sujet, comme le précédent, à d'abondantes hémorragies dès qu'il recevait la moindre blessure, n'a jamais eu ni hémorroïdes ni épistaxis.

La plaie ne s'est point recouverte de ce caillot mollasse, fétide, adhérent, qui, chez le premier malade, a paru retarder si longtemps la guérison ; mais elle avait tout aussi peu de tendance à se cicatriser ; la réunion immédiate, tentée dans les circonstances les plus favorables en apparence, ne put être obtenue, et la cicatrice ne fut parfaite que quarante-deux jours après l'accident pour les plaies des doigts et de la main, et soixante-trois jours pour celle de l'avant-bras.

Les deux malades précédents étaient deux hommes adultes, d'une bonne constitution, et qui n'avaient été soumis à aucune influence délétère. Nous allons nous occuper maintenant de deux autres malades placés dans une position toute différente ; l'un est un jeune orphelin légèrement rachitique, affaibli par plusieurs maladies successives, et privé d'ailleurs, depuis son enfance, de la plupart des soins si nécessaires à cet âge ; l'autre est également un enfant qui n'a guère été placé dans une position plus heureuse ; les caractères trouvés chez les deux premiers sujets, se reproduiront-ils chez les deux suivants ?

Obs. III.—*Contusion de la dernière phalange du médius ; hémorragie persistant pendant quatre mois ; couenne fétide adhérant à la surface de la plaie.*

B......, déposé au moment de sa naissance à l'hospice des Enfants-trouvés, a été élevé à la campagne aux environs de Vendôme, où il est resté jusqu'à l'âge de 8 ans.

Il est alors revenu à l'hospice, y a été deux fois atteint de rougeole, y a contracté une autre affection dont il n'a pu faire connaître la nature, et a été enfin envoyé à l'hôpital des Enfants malades, au mois de novembre 1840, pour un eczéma qui occupait tout le cuir chevelu. Après y être resté jusqu'au 12 avril, sans avoir obtenu aucune amélioration, il fut renvoyé à l'hospice dans l'état suivant :

Cet enfant, actuellement âgé de 9 ans, est maigre, chétif ; sa peau, d'un blanc mat, parsemée d'éphélides lentiformes nombreuses, repose sur un tissu cellulaire légèrement infiltré de sérosité ; ses cheveux sont blonds, ses cils noirs et très-longs, les iris de même couleur ; les sclérotiques translucides laissent apercevoir la couleur de la choroïde ; les membres sont grêles ; le thorax est assez développé, mais les articulations chondro-costales sont saillantes et anguleuses ; les articulations des membres sont également très-volumineuses ; sa taille est de un mètre seize centimètres ; la tête est bien conformée, mais couverte d'un eczéma impétiginoïde très-intense ; le malade n'a jamais eu d'hémorroïdes, mais il est sujet à des épistaxis fréquentes depuis son enfance.

On s'aperçoit, à l'arrivée de cet enfant, que la dernière phalange du médius de la main gauche présente une couleur noire ainsi que l'ongle qu'elle porte. L'enfant nous apprend qu'un camarade lui a marché sur le doigt trois jours auparavant. Des cataplasmes sont appliqués pendant plusieurs jours, mais le doigt paraissant plus malade, et donnant lieu à des hémorragies légères, mais fréquentes, on se décide à l'envoyer à l'infirmerie le 30 avril.

Le doigt est rougeâtre, très-tuméfié, l'ongle fortement soulevé et à peine adhérent ; du sang s'échappe par exhalation au moindre contact. (Extraction de l'ongle, qui est opérée avec la plus grande facilité.) Cette petite opération n'augmente pas l'écoulement sanguin, et permet de constater l'existence d'un nouvel ongle de 0,002 environ de longueur. (*Pansement avec de la charpie râpée : vin de quinquina, tisane de houblon ; portion entière.*)

Même état le 4, le 5 et le 6 mai. Un caillot noirâtre, mollasse, très-adhérent, recouvre toute la surface de la plaie.

Le 9, on constate pour la première fois l'existence d'une odeur fétide, analogue à celle de la pourriture d'hôpital. Tout le doigt est le siége d'une rougeur livide accompagnée de gon-

flement. Les hémorragies continuent. (*Pansement avec la teinture de quinquina et le jus de citron.*)

Le même état persiste sans modification les jours suivants.

Le 11. (*Cautérisation avec le fer rouge de toute la surface dénudée.*)

Le 17, la rougeur et le gonflement ont disparu; l'odeur fétide est moins forte; le caillot, toujours volumineux, est plus solide; l'hémorragie persiste. (*Pansement avec la charpie sèche.*)

Le 19, l'hémorragie est beaucoup plus abondante. Le caillot a repris sa consistance primitive. (*Cautérisation avec le fer rouge; vin de Bagnols aux repas.*)

Le 21, l'hémorragie n'a pas reparu depuis la cautérisation; la plaie est toujours recouverte d'un caillot, mais il est assez résistant. (*Pansement avec la charpie imbibée de suc de citron.*)

Le 22, l'hémorragie reparaît à dater de ce jour, mais avec peu d'intensité et seulement à chaque pansement; la plaie présente toujours le même aspect. (*Même traitement.*)

Le 26, l'enfant se heurte le doigt; un écoulement abondant de sang en est la suite. Le lendemain la plaie présente tous les symptômes du 9 mai.

Ces symptômes persistent les jours suivants. L'ulcération s'étend sur la face dorsale de la première phalange. Le 31 mai, cautérisation avec le nitrate acide de mercure.

Les mêmes symptômes se présentent jusqu'au 6 juin, mais les progrès de l'ulcération ont été arrêtés. Les escarres sont alors complétement détachées; la plaie est vermeille (*Pansement simple.*) Les hémorragies continuent toujours et se représentent surtout à chaque pansement.

Le 12 juin, l'odeur fétide, le caillot mollasse et adhérent, la rougeur livide du doigt, reparaissent sans cause appréciable; l'hémorragie devient plus abondante. (*Cautérisation avec le nitrate acide de mercure.*)

Le 15, les symptômes précédents ont disparu, excepté l'hémorragie et le caillot. (*Pansement avec le citron.*)

Etat stationnaire jusqu'au 12 juillet; à compter de ce jour, la plaie se déterge, l'hémorragie est moins abondante.

Le 18 juillet, réapparition d'un caillot semblable à ceux qui ont été déjà observés. (*Cautérisation avec le nitrate acide de mercure.*)

Le 25, le caillot et les escarres commencent à se détacher, et laissent apercevoir des bourgeons charnus de bonne nature. Les hémorragies persistent, mais en petite quantité. L'ongle repousse dans une direction vicieuse; on est obligé de l'arracher.

Le 29, pour la première fois depuis l'accident, il n'y a pas eu d'hémorragie.

Le 7 août, réapparition de l'hémorragie, du caillot grisâtre et de l'odeur fétide; l'ongle est ramolli. (*Arrachement de l'ongle; cautérisation avec le nitrate d'argent chaque jour.*)

Le 9, le caillot commence à se détacher.

Le 11, les bourgeons charnus laissés à nu se couvrent d'une cicatrice solide; mais le reste de la plaie laisse toujours exhaler un peu de sang.

Le 20, cicatrisation complète, l'ongle repousse dans sa direction normale.

Cependant l'enfant ne quitte l'infirmerie que le 1er septembre, afin de jouir plus longtemps d'une alimentation substantielle, et du traitement général qui n'a pas été interrompu depuis le commencement de sa maladie.

Jusqu'à présent, nous avons vu le tissu cellulaire réduit à une couche mince, élastique, de sorte que la peau paraissait appliquée immédiatement sur les organes sous-jacents. Ici, au contraire, il était infiltré de sérosité; mais tous les autres caractères notés précédemment se retrouvaient chez ce malade. L'hémorragie, ici encore, ne parut qu'après une solution faite à l'enveloppe cutanée; elle revint chaque jour pendant trois mois, et résista aux moyens les plus actifs qu'on put lui opposer. Comme chez le malade de la première observation, la plaie se recouvrit d'un caillot couenneux, fétide, qu'on attribua d'abord à la pourriture d'hôpital; mais comment concevoir la persistance de cette maladie pendant quatre-vingt-treize jours, sans que les parties avoisinantes aient été envahies, sans que la surface même de la peau ait été profondément ulcérée? Comment d'ailleurs comprendre la persistance de cette affection, chez un enfant bien nourri, passant toute la journée dans un vaste jardin, et placé dans une maison où il n'existait aucun cas de ce genre?

Chez les deux premiers malades, on pouvait croire qu'un rameau artériel continuait à donner du sang: une pareille supposition était impossible pour celui-ci, elle n'aurait guère été plus probable dans le cas suivant.

Obs. IV.—*Amputation de la première phalange du gros orteil; les bords de la plaie rapprochés ne se réunissent pas par première intention; une légère hémorragie reparaît à chaque pansement jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.*

Toutza (Victorine), agée de 13 ans et 1/2, née à Beauvais, mais amenée presque immédiatement après à Paris, sujette à des affections fréquentes de poitrine, éprouve, depuis son enfance, des épistaxis presque journalières; elle est également sujette à des hémorroïdes qui donnent quelquefois lieu à un écoulement de sang abondant.

La peau est fine, blanche, parsemée d'éphélides lentiformes, presque translucide; les cheveux sont châtain clair, les iris bleus; les sclérotiques laissent apercevoir la couleur de la choroïde. Le système musculaire est flasque, peu développé, et n'est séparé de la peau que par une couche mince de tissu cellulaire non graisseux et légèrement infiltré.

Toutza était sujette à des engelures qui revenaient chaque hiver, mais qui ne s'étaient jamais ulcérées, elle fut mise en apprentissage pendant l'année 1841, et forcée de faire chaque jour des courses multipliées. Sous cette influence, les engelures devinrent de plus en plus douloureuses; au commencement de novembre, la malade sentit des élancements dans le gros orteil droit, non plus superficiels, mais profonds. Ces élancements la forcèrent, au bout de trois ou quatre jours, d'interrompre ses courses. Des cataplasmes émollients furent appliqués; on appela un médecin qui reconnut la présence d'un abcès, l'ouvrit avec le bistouri, et recommanda le repos absolu.

Les douleurs lancinantes n'avaient point disparu: mais le gonflement et la rougeur n'existaient plus; le séjour au lit avait guéri les engelures, et la malade fut obligée de reprendre ses courses. Il restait cependant une petite plaie fistuleuse venant de l'incision.

Au mois de janvier 1842, tous les symptômes précédents reparurent. Un nouveau médecin fut mandé. Il introduisit un stylet par la fistule, ne reconnut pas de carie, mais conseilla cependant d'envoyer l'enfant à l'hôpital. Toutza entra en effet à l'hôpital des Enfants malades le 26 janvier.

Après cinq mois d'un traitement qui consista en bains alcalins et en cautérisation de la fistule avec le nitrate d'argent, la jeune fille sortit de l'hôpital (fin de juin), revint chez sa mère où elle fut atteinte d'une pneumonie; cette maladie fut facilement guérie, mais le pied restant toujours malade, elle entra à la Clinique de la Faculté, le 24 août 1842.

M. Huguier constate une carie assez avancée de la première phalange du gros orteil. Cette carie communique à l'extérieur par un trajet fistuleux venant s'ouvrir au bord interne du pied, au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne. (*Pansement simple, tisane de houblon, vin de gentiane; deux portions.*)

Le 19 septembre, opération consistant à pratiquer un lambeau interne qui permet d'extraire la première phalange du gros orteil, en laissant la phalangette et les tendons qui s'y attachent; une quantité de sang considérable s'écoule pendant l'opération; cependant une seule artère est divisée et liée, c'est la collatérale interne du gros orteil. (*Réunion immédiate. Bouillons coupés.*)

Le 22, on lève l'appareil qui est entièrement imbibé de sang; une quantité médiocre du même liquide s'écoule pendant le pansement. La réunion ne s'est pas opérée; les lambeaux sont flasques et à peine tuméfiés.

Depuis ce jour, pansement quotidien, et chaque fois hémorragie légère. La plaie donne peu de suppuration; les bourgeons sont mollasses et grisâtres. L'état de la malade ne présente, du reste, rien de particulier, si ce n'est que toutes les fois qu'on veut augmenter le régime, l'hémorragie augmente et la plaie devient blafarde.

Le 19 octobre, il ne reste plus qu'une petite plaie de 5 millimètres de diamètre; mais cette petite plaie donne chaque jour une gouttelette de sang.

Le 22, cicatrisation complète de la plaie; la seconde phalange s'est rapprochée graduellement du premier métatarsien avec lequel elle se trouve aujourd'hui en contact.

Je n'ai point donné jour par jour les détails de l'observation précédente, parce que chaque alinéa de mes notes signifiait exactement la même chose. Tout fut simple dans la marche de cette maladie. Une seule circonstance vint la troubler, les hémorragies journalières; et cela suffit pour réculer la cicatrisation jusqu'au trente-troisième jour. on retrouve chez cet enfant tous les caractères extérieurs indiqués chez les malades précédents, et, de plus, comme chez le dernier, une légère infiltration du tissu cellulaire; mais l'âge des individus et les causes débilitantes qui avaient exercé sur eux leur influence suffisent parfaitement pour expliquer cette légère différence.

Comme chez les deux premiers malades, le lambeau maintenu en contact avec des bandelettes de diachylon ne contracta point d'adhérence immédiate; mais, comme chez le second, la plaie ne présenta pas cette couenne mollasse qu'on remarqua chez le premier et chez le troisième sujet.

Jusqu'à présent, la tendance aux hémorragies ne s'est manifestée qu'à la suite de plaies, soit graves, soit légères ; nous allons la voir apparaître dans une tout autre circonstance.

OBS. V.—*Amputation du cinquième métacarpien, absence de réunion immédiate; hémorragies journalières; varioloïde dont les pustules se remplissent de sang; marche normale de l'éruption.*

F....., étudiant en droit, âgé de 20 ans, d'une taille de 1 m. 68, a la peau blanche et pâle, les cheveux châtain clair, les yeux bleus et les sclérotiques bleuâtres; le système musculaire est médiocrement développé, et n'est séparé de la peau que par une couche mince de tissu cellulaire non graisseux; il est sujet à des épistaxis fréquentes qui se développent sous l'influence de la moindre cause, surtout pendant l'été. Il jouit du reste d'une bonne santé et n'a fait qu'une seule maladie à l'âge de deux ans; une seule fois il a eu des hémorroïdes légères qui ont donné un peu de sang.

Depuis deux ans il apprenait l'escrime, et se livrait avec ardeur à cet exercice, malgré une rougeur de plus en plus vive qui apparaissait à la face palmaire du cinquième métacarpien droit. Des douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir, augmentèrent graduellement et forcèrent enfin le malade à abandonner son exercice favori. La région se tuméfia considérablement. On lui conseilla et il appliqua un vésicatoire sur la région douloureuse; la suppuration s'établit et depuis a toujours continué. Au milieu de la plaie il s'ouvrit un abcès qui laissa une plaie fistuleuse qui existe encore, et par laquelle on arrive sur le cinquième métacarpien.

C'est dans cet état que le malade se présenta à l'hôpital des Cliniques, le 16 janvier 1842; il fut admis par M. H. Larrey, chargé alors du service de chirurgie, et placé au n° 10 de la salle des hommes. La maladie ayant été reconnue être une carie de l'os, on décida l'amputation du cinquième métacarpien, qui fut pratiquée le 19, par la méthode ovalaire. L'os était réduit en une coque mince, dont le diamètre excédait de beaucoup le diamètre normal de la diaphyse, et dont l'intérieur communiquait supérieurement, par une ouverture, avec la plaie fistuleuse; tous les autres tissus étaient parfaitement sains.

L'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est qu'il s'écoula une quantité de sang beaucoup plus grande que d'ordinaire; elle fut parfaitement supportée par le malade; la plaie qui en résulta ne put être complétement réunie. Cependant on en rapprocha les bords au moyen de bandelettes autant que cela fut possible, et on la réduisit ainsi à une étendue de 7 à 8 centimètres de long, sur 2 centimètres de large.

Le 20, le malade a été très-calme et a bien dormi, le bandage et deux alèses placées sur le membre opéré sont imbibés d'une assez grande quantité de sang : on ne touche pas à l'appareil. Dans la journée, chaleur, fièvre, céphalalgie, rougeur de la face. (*Saignée de* 500 *gr.*; *limonade stibiée, un litre.*)

Le 21, l'état est meilleur. Il s'est encore écoulé un peu de sang depuis la veille; cependant on laisse l'appareil en place. (*Diète*; *limonade stibiée, un litre; limonade simple, un litre.*)

Le 22, les accidents ont disparu; l'écoulement de sang a été très-faible. (*Bouillon, limonade simple.*)

Le 24, on enlève l'appareil, la plaie est assez belle, les bourgeons charnus se développent, mais la surface saigne au moindre contact. (*Deux potages.*)

Depuis cette époque, l'appareil est renouvelé tous les trois jours; à chaque pansement, la plaie se couvre de sang vermeil qui ne cesse de couler que quand les pièces d'appareil sont appliquées; les portions de téguments rapprochées par les bandelettes ne se réunissent pas par première intention; la cicatrisation marche lentement et se fait au moyen de bourgeons mollasses.

Le 15 février, la plaie est réduite aux deux tiers de sa surface primitive; le malade est dans l'état suivant: face vultueuse; langue couverte d'un enduit jaunâtre; pouls fort, développé, 100 pulsations; peau sèche et chaude; céphalalgie. (*Eau de Sedlitz, saignée de* 300 *grammes, diète, limonade.*)

Le 16, apparition de pustule de varioloïde disséminées en petit nombre sur tout le corps. Les symptômes généraux sont moins forts que la veille. (*Même régime.*)

Les 17 et 18, les pustules se développent en suivant leur marche ordinaire; l'état général est bon; la fièvre a disparu. (*Deux bouillons.*)

Le 19, les pustules sont remplies de sang depuis la veille, mais l'état général est tout aussi bon. (*Même régime.*)

L'éruption continue sa marche normale, les pustules se dessèchent en conservant toujours leur couleur rouge foncé.

Le 26, les croûtes qui remplaçaient les pustules sont tombées en partie; le malade est bien, mais la plaie est restée stationnaire pendant tout le temps de l'éruption cutanée; elle a aujourd'hui encore les deux tiers de ses dimensions primitives. Elle saigne toujours à chaque pansement, quelque soin qu'on prenne pour ne pas en irriter la surface.

Le 2 mars, pour la première fois, la plaie ne saigne plus pendant le pansement; elle est réduite de plus de moitié; l'état général est bon; le malade demande à sortir de l'hôpital, promettant de revenir se faire panser tous les trois jours, ce qui lui est accordé.

La cicatrisation marche un peu plus rapidement à partir de cette époque; cependant le 15 mars il existe encore un point de la plaie non cicatrisé vers la partie supérieure; mais il ne s'écoule plus de sang par cette surface.

Le 21, la cicatrisation est complétement terminée.

Nous retrouvons encore ici les mêmes caractères extérieurs que chez les malades précédents; le pronostic qu'on pouvait en tirer sur la marche de la plaie est bientôt justifié par l'événement; la réunion immédiate ne se fait pas, les hémorragies par exhalation se manifestent à chaque pansement. Une varioloïde se déclare, les pustules se remplissent de sang; voilà donc l'une de ces varioles sur la gravité desquelles les observateurs sont unanimes, que Sydenham nous représente comme ayant presque toujours une terminaison fatale (*Épid.*, ann. 1670 à 1674), qu'Huxham croyait être constamment suivies de la mort (*Traité des fièvres*, pag. 64-65), et sur lesquelles Morton portait le même pronostic (*Hist. var.*, pag. 461, obs. 39, 41, 61). Cette maladie se développe chez un homme déjà affaibli par une opération, placé au milieu de salles de blessés, et cependant elle accomplit régulièrement sa marche et se termine de la manière la plus simple. D'où vient cet événement imprévu? N'est-il pas facile de se l'expliquer en tenant compte de la constitution particulière du sujet? La disposition aux hémorragies se manifeste à la surface du derme, séparé de son cuticule pour chaque pustule, comme à la surface des boutons charnus de la plaie; mais ce n'est point un trouble général qui a déterminé cette anomalie, c'est encore bien moins une de ces influences inconnues qui déterminent les constitutions médicales; c'est un état spécial de l'organisation; ce qui est anormal pour les autres est normal pour l'individu que nous considérons; aussi le pronostic devait-il être tout différent; aussi le praticien ne devait-il pas se laisser influencer par cette apparence redoutable, et chercher à combattre un symptôme qui n'avait pas, dans ce cas particulier, la signification qu'il peut avoir en général.

Dans toutes les histoires précédentes il ne s'agit que de faits isolés; nous n'avons pas encore vu d'exemple de cette disposition héréditaire signalée par les auteurs; l'observation que je vais rapporter maintenant va nous en fournir un des plus saillants. Elle vient d'être recueillie dans le service de M. Ricord, et je la dois à l'obligeance de mon excellent collègue, M. Clerc, interne de ce service.

Obs. VI.—*Application de sangsues au périnée; persistance de l'hémorragie par les piqûres pendant seize jours, malgré l'emploi des hémostatiques les plus énergiques.*

M. L..... étudiant en pharmacie, âgé de 22 ans, entra le 8 mars 1844, à l'hôpital du Midi, pour y être traité d'un phimosis très-intense; il fut placé au n° 23 salle 2, service de M. Ricord.

Ce jeune homme, d'une taille de 1 m. 787, a la peau très-fine, mais fortement colorée, les poils rares et châtain foncé, les yeux noirs, le tissu musculaire peu développé; le tissu cellulaire sous-cutané forme une couche mince dans laquelle il n'existe point de graisse. Les sclérotiques présentent au plus haut degré la translucidité qui a été déjà notée plusieurs fois, et paraissent fortement bleuâtres. Le malade n'a jamais eu d'hémorroïdes, mais il est sujet à des épistaxis très-fréquentes et très-abondantes; plusieurs fois, à la suite de l'extraction d'une dent, de l'application de quelques sangsues, des hémorragies graves se sont présentées et n'ont pu être arrêtées que par un tamponnement prolongé pendant trois semaines ou un mois; la cautérisation, soit avec les caustiques, soit avec le fer rouge a été employée sans succès. Il a été saigné trois fois, et toujours la plaie a été très-longue à se cicatriser; pendant plus d'un mois il suffisait de quelque contraction des muscles de l'avant-bras pour la rouvrir immédiatement. Les plus légères égratignures de la peau donnent lieu à des hémorragies longtemps persistantes; enfin les moindres contusions donnent toujours lieu à de larges ecchymoses. C'est toujours pendant l'hiver que ces accidents se manifestent; jamais ils n'ont lieu pendant les chaleurs de l'été.

Le lendemain, à la visite, M. Ricord prescrivit le traitement suivant: (*Tisane d'orge et réglisse, pilules avec camphre et thridace, 25 sangsues au périnée, un grand bain ensuite, deux soupes et deux bouillons.*)

Le malade objecta qu'on aurait beaucoup de peine à arrêter l'écoulement auquel devaient donner lieu les sangsues, qu'on lui en avait déjà appliqué, et qu'on avait été longtemps

avant de pouvoir se rendre maître du sang; qu'au reste tous les membres de sa famille du côté de sa mère étaient sujets aux mêmes accidents. Comme les renseignements que nous avons rapportés plus haut n'étaient pas encore connus, les raisons ne furent pas trouvées suffisantes, et l'application eut lieu.

Les piqûres saignent abondamment toute la journée; pendant une heure que le malade reste dans le bain, l'eau se colore assez fortement pour qu'on ne puisse plus apercevoir les objets placés dans la baignoire, et se charge de flocons abondants de fibrine. Lorsque le malade est replacé dans son lit, les infirmiers essaient, mais inutilement, d'arrêter l'hémorragie avec de la charpie.

Le 10 mars, à la visite, les parties génitales sont enveloppées d'un énorme caillot de dessous lequel jaillit du sang liquide lorsqu'on le comprime; ce caillot laisse exhaler une odeur fétide, aigrelette, insupportable au malade, analogue à celle de la pourriture d'hôpital. M. Ricord l'enlève et constate que onze piqûres saignent encore. Il prescrit de les cautériser avec le nitrate d'argent et de les recouvrir ensuite d'alun pulvérisé. Le même traitement d'ailleurs est continué.

L'hémorragie persiste toute la journée et toute la nuit.

Le 11, le malade éprouve une céphalalgie assez intense, des palpitations et un sentiment de faiblesse très-prononcé; le pouls est petit et fréquent; la température de la peau est au-dessous de l'état normal. M. Ricord applique sur chacune des onze piqûres un point de suture entortillée. Le sang est arrêté par ce pansement.

Dans la journée le malade met sur la plaie des compresses trempées dans du chlorure de soude pour se débarrasser de l'odeur fétide de quelques portions du caillot qui sont restées.

Le 12, le caillot et l'hémorragie ne se sont pas reproduits; le phimosis a complétement disparu, l'état général est le même; le malade se plaint beaucoup des palpitations et de la céphalalgie. (*Une portion d'aliments.*)

Le même état persiste jusqu'au 17 mars; on continue le même traitement jusqu'au 15; à partir de ce jour on donne: (*Huit pilules de Vallet, frictions avec la teinture de digitale sur la région du cœur, tisane de gentiane, deux portions.*)

Le 18, huit des épingles sont devenues mobiles; le malade les enlève. Une heure après, trois des piqûres débarrassées de leurs sutures, donnent du sang; on essaie d'en réunir les bords au moyen d'une petite pince de bois, analogue à celles dont se servent les blanchisseuses, et placée sur chacune des plaies. (*Vingt grammes d'extrait de ratanhia; fomentation d'eau froide sur les morsures des sangsues; limonade sulfurique.*)

Ce moyen arrête momentanément l'hémorragie; mais pendant la nuit les petites pinces se dérangent, et le lendemain on retrouve un énorme caillot fétide comme les premiers jours.

Le 19, M. Ricord donne le choix au malade de la suture entortillée ou du cautère actuel; celui-ci se décide pour le premier, se fondant sur ce qu'il a souvent eu occasion de constater l'inutilité, pour lui, du second. En conséquence, trois nouvelles épingles sont appliquées sur les piqûres qui donnent du sang. Cette petite opération est très-douloureuse, mais elle arrête l'hémorragie.

Rien de nouveau jusqu'au 23. (*Même régime, même traitement.*)

Le 23, deux épingles tombent, les parties comprises entre elles et les fils se sont ulcérées; de chacune de ces petites ulcérations s'écoule du sang qui se coagule au-devant. Le malade applique lui-même du plâtre sur toute la région, mais inutilement.

Le 24, un nouveau point de suture entortillée est pratiquée sur la plaie qui paraît donner le plus de sang; l'hémorragie est suspendue dans ce point, mais continue par une autre piqûre.

Le 25, une nouvelle épingle est appliquée sur la seconde plaie; comme les bords en sont enflammés, cette opération est très-douloureuse. La céphalalgie, les palpitations sont très-intenses; M. Clerc constate l'existence d'un léger bruit de souffle dans la carotide gauche; toutes les plaies des sangsues laissent suinter un liquide roussâtre très-fétide; elles sont pansées avec de la charpie sèche. A compter de cette époque l'hémorragie ne se reproduit plus, mais la céphalalgie et les palpitations persistent. On continue toujours le même traitement.

Le 29, le malade sort de l'hôpital toujours à peu près dans le même état; les trois dernières épingles sont encore adhérentes; les autres morsures de sangsues ne sont point cicatrisées.

Les épingles furent enlevées par le malade trois ou quatre jours après; les plaies furent pansées avec de la charpie. Le 4 avril, elles étaient entièrement cicatrisées; mais la céphalalgie et les palpitations persistaient. Cependant, sous l'influence d'un régime analeptique et de promenades modérées, elles ont depuis considérablement diminué.

Ce cas est certainement le plus curieux de tous ceux qui viennent d'être cités. Il présente un exemple frappant de cette disposition hémorragique héréditaire dont plusieurs

auteurs ont parlé. Le père du malade a quatre enfants; deux sont bruns, et par leur habitude extérieure ressemblent à leur mère; comme elle, ils présentent la disposition hémorragique; deux sont blonds et tiennent plutôt de leur père, ils n'ont jamais rien éprouvé de semblable. On avait affaire ici à un jeune homme instruit qui pouvait donner les renseignements les plus précis; aussi l'histoire des commémoratifs est-elle complète et ne laisse-t-elle rien de douteux. Le malade n'a jamais analysé ni fait analyser le sang qui s'écoulait de sa blessure; mais il a remarqué qu'il contenait une grande quantité de fibrine, ce que nous avons pu constater nous-même, soit par les flocons qui se sont trouvés dans le bain, soit par ces énormes caillots qui se formaient en quelques heures. Ce n'est donc pas le défaut de plasticité du sang qui était cause des accidents. Le malade attribua la persistance de l'hémorragie à la saison dans laquelle on se trouvait. Ce qu'il avait annoncé se réalisa; le temps changea brusquement à la fin de mars; la température s'éleva considérablement, et bientôt l'hémorragie s'arrêta pour ne plus reparaître. On a pu, du reste, reconnaître chez lui tous les caractères extérieurs déjà cités; nous retrouvons même cette fétidité particulière du caillot notée dans la première et la troisième observation, et qui incommodait tellement le malade qu'il eut recours, pour s'en débarrasser, à des aspersions avec du chlorure de soude.

Aucun auteur, que je sache, n'a parlé de cette corrélation entre la disposition hémorragique et la température extérieure. Elle doit cependant exister quelquefois, car, sur le petit nombre de faits qu'il m'a été donné d'observer, je l'ai rencontrée une seconde fois; voici dans quelles circonstances :

Obs. VII.—Un jeune homme de 14 ans, d'une constitution assez débile, fit une chute dans laquelle il se frappa violemment toute la partie supérieure de la face; une épistaxis très-abondante qui se déclara aussitôt ne fut arrêtée qu'au bout de huit jours; et, depuis cette époque, le malade resta sujet à des hémorragies nasales qui se renouvelaient tous les jours, et duraient chaque fois plusieurs heures. Après deux ans de traitement infructueux, le médecin qui soignait ce jeune homme, désespéré de ne pouvoir triompher de cette fatale disposition, lui conseilla d'aller passer quelque temps dans le midi de l'Europe. Le malade se rendit à Nice; et là, les hémorragies cessèrent aussitôt; sa constitution se raffermit, sa taille prit un accroissement considérable (15 à 16 centimètres). Après deux ans de séjour, il revint à Paris, et trois mois à peine s'étaient écoulés que les épistaxis reparurent avec la même force et la même persistance.

Comme tous les malades précédents, ce jeune homme est d'une taille élevée (1 m. 80), a la peau très-fine, le tissu musculaire peu développé, le tissu cellulaire sous-cutané peu épais et sans graisse, et les poils rares. Chez lui les moindres chocs ont de tout temps donné lieu à des ecchymoses étendues, et les plaies les plus simples ne se sont cicatrisées qu'avec lenteur. Un seul caractère manque, c'est la transparence de la sclérotique; elle est blanc jaunâtre; mais il faut remarquer qu'une peau d'une couleur brun foncé, des cheveux absolument noirs, et des ongles largement bordés d'un cercle brunâtre, semblent le rapprocher des hommes de couleur, chez lesquels la sclérotique présente aussi la même coloration que chez notre sujet.

Je dois à mon ami le docteur Herrgott la connaissance d'un dernier fait de la disposition hémorragique, qui me semble important en ce que, de même que pour le sujet de la sixième observation, sur une famille nombreuse, une partie seule des enfants est affectée; mais c'est le sexe qui établit ici la différence; et la disposition, commune à tous les mâles, le jeune excepté, ne s'est jamais manifestée ni chez les parents ni chez leurs filles.

Obs. VIII.—M. Herrgott se rappelait qu'un de ses camarades de collége, né à Turckheim dans le Haut-Rhin, avait offert de tout temps une telle disposition aux hémorragies, que les moindres coups produisaient aussitôt sur lui de larges ecchymoses, que des épistaxis abondantes venaient l'assaillir continuellement; qu'une fois enfin, à l'âge de 14 ans, il avait eu une arthrite du genou pour laquelle une douzaine de sangsues avait été jugée nécessaire, et qu'on avait été cinq jours avant de pouvoir se rendre maître du sang. Or, depuis cette époque, écrit M. le docteur Wentzinger, médecin de la famille, à la complaisance duquel je dois tous les renseignements qui vont suivre, « il offre cette tendance aux hémorragies à un degré « tout aussi fort que dans son enfance. En ce moment il sent tous les mois ou tous les « deux mois au plus tard, une forte congestion vers la tête; si alors au bout de deux jours

« l'épistaxis ne s'est pas déclarée, il survient inévitablement un écoulement de sang par les « gencives... Tous les garçons de cette famille, excepté le plus jeune, sont également sujets « à des épistaxis fréquentes; la moindre blessure leur occasionne des hémorragies très-« rebelles... Ils n'ont jamais eu ni hémoptisies, ni hémorroïdes; leur peau est très-fine et « d'un blanc mat; la moindre pression qu'on pratique sur un de leurs membres laisse une « tache bleuâtre: leur tissu cellulaire est souvent infiltré, particulièrement aux extrémités « et à la tête; il ne contient pas de graisse. Leur système musculaire est très-peu développé. « Les cheveux sont châtain foncé, les iris bruns, les sclérotiques légèrement bleuâtres. Les « plaies ne se réunissent jamais par première intention.

« Ce qui a le mieux réussi jusqu'ici comme traitement, est la diète au commencement de la « congestion sanguine, et un régime végétal dans l'intervalle. Chaque fois que l'aîné des fils « a l'imprudence de prendre un peu de vin, il est exposé à une hémorragie. »

Ce sujet, comme celui de la sixième observation, nous offre un exemple de cette disposition hémorragique commune à toute une famille, dont Otto, Krimer et M. Dubois ont parlé. Les parents de ce malade n'ont jamais présenté de tendance aux hémorragies, « aussi peu durant leur jeunesse que depuis leur mariage, » écrit M. Wentzinger; mais pour l'autre, la maladie est héréditaire, et il me paraît important d'observer que le premier malade est né dans le Jura, que le second est né dans les Vosges, sur les bords du Rhin, c'est-à-dire tous deux dans un pays qui offre avec la Suisse rhénane de nombreuses analogies.

On a dû remarquer déjà que tous les sujets présentent plusieurs caractères qui leur sont communs. Quelque restreint que soit le nombre des faits que je puis citer, il me paraît cependant impossible de ne voir là qu'une simple coïncidence. On ne trouve sans doute chez ces malades rien qu'on ne puisse observer chez d'autres sujets tout à fait à l'abri de ces hémorragies capillaires; mais la réunion des caractères extérieurs présente cependant un ensemble assez frappant pour qu'il me soit arrivé une fois de reconnaître la disposition hémorragique avant que le malade en eût encore présenté les symptômes.

Ces caractères communs, qu'on retrouve chez tous les malades observés, n'appartiennent exclusivement à aucun des tempéraments admis par les auteurs; ils semblent cependant se rapporter plutôt au tempérament nerveux qu'à tout autre. Ce fait est d'autant plus curieux que si, au premier abord, on est tenté de croire qu'une semblable disposition doit se rencontrer avec le tempérament sanguin au plus haut degré de développement, cependant la coexistence du tempérament nerveux et de la disposition aux hémorragies a été déjà depuis longtemps déduite de l'observation. (Lordat, *ouvrage cité*, pag. 178; Chris. Corv., Hal. Magd., pag. 13, *de hem.*)

La disposition qui nous occupe tient-elle à une constitution particulière du sang? La solution de cette question est très-intéressante, car elle pourrait mettre sur la voie du traitement à employer. Je n'ai malheureusement aucune donnée sur elle. Il est assez difficile de recueillir le sang versé naturellement par les plaies, et j'ai toujours reculé devant la nécessité de pratiquer une saignée à des malades affaiblis par des hémorragies journalières et chez lesquels, d'ailleurs, la disposition hémorragique peut être assez forte pour qu'il devienne difficile d'arrêter l'écoulement sanguin. Je remarquerai seulement que le sang des malades soumis à mon observation m'a toujours paru aussi riche que celui des autres sujets; ne présentant ni la fluidité ni la couleur rose que M. Lebert a observées, il se coagulait avec une grande facilité.

Chez les cinq premiers malades dont j'ai donné l'histoire, on s'est borné à exercer une compression médiocre sur la plaie, et l'hémorragie a été ainsi suspendue; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme on a pu le voir par la sixième observation, et ce moyen, d'ailleurs, ne détruit pas la disposition hémorragique et ne rend pas plus prompte la cicatrisation. Si j'avais à traiter des malades de cette constitution, je voudrais essayer le sulfate de soude, qui a réussi deux fois, pour la famille Smith, dont l'histoire sert de base au mémoire de Otto, et pour une autre famille dont parle Krimer. (*Sanson, thèse de concours*, 1836, pag. 10.) Sydenham n'a-t-il pas établi en principe, qu'on devait craindre le retour des hémorragies spontanées si l'on n'administrait point un

léger purgatif? (*Feb. cont.* an. 1661, éd. in-4o, tom. I, pag. 42.) M. Lebert, qui a insisté également sur cette particularité, propose aussi l'acétate de plomb et les sels à base alcaline. (*Ouvrage cité,* pag. 60.)

Les observations précédentes sont trop peu nombreuses, sans doute, pour qu'il soit possible d'en tirer des déductions générales positives ; il faut pour y parvenir multiplier les faits semblables ; mais comme il est impossible qu'un seul observateur rencontre un assez grand nombre de faits, rares de leur nature, pour obtenir à lui seul ce résultat, j'ai cru utile de publier ce travail et d'appeler l'attention sur un point de la pathologie qui me paraît avoir été peu étudié. Je formulerai les deux propositions suivantes, qui sont basées sur la comparaison du petit nombre de malades que j'ai eu l'occasion d'observer.

1° Il existe chez certains sujets une disposition particulière aux hémorragies, qui peut être reconnue aux caractères suivants : la peau est fine et mate; la couche sous-cutanée du tissu cellulaire est mince, lâche et ne contient pas de graisse ; le système musculaire est flasque et peu développé ; les sclérotiques sont translucides et laissent apercevoir la couleur de la choroïde. Les individus qui présentent ces caractères sont ordinairement sujets à des épistaxis fréquentes et à des flux hémorroïdaux. Les chocs les plus légers sont suivis de larges ecchymoses.

2° Chez eux les moindres plaies donnent lieu à une hémorragie très-abondante, difficile à arrêter, et se reproduisant à chaque pansement jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. La réunion immédiate est impossible, la réunion médiate se fait longtemps attendre. Les plaies fournissent des boutons charnus, pâles, mollasses, saignants et sécrétant peu de pus. Souvent elles se recouvrent d'un caillot mou, très-adhérent, qui ne tarde pas à exhaler une odeur fétide.

Considérations sur une forme spéciale d'excroissances charnues et vasculaires du canal de l'urètre de la femme, *par* M. Schützenberger, *professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg* (1).

Il est des affections organiques, différentes de siége et variées de forme, si évidemment dépendantes d'une cause unitaire, qu'il est impossible de méconnaître le principe en vertu duquel elles prétendent s'établir dans la science comme expression d'une même individualité pathologique. De ce nombre sont les différentes modifications organiques dont l'ensemble constitue la maladie syphilitique. Nous n'avons pas perdu le souvenir d'une certaine époque où le lien d'une causalité qui unit les différentes affections syphilitiques, était attaqué comme une fiction. Des expériences désastreuses ont dû affliger l'humanité pour faire triompher la vérité, car les erreurs de notre science se soldent toujours aux dépens de nos malades. L'époque que je viens de rappeler est heureusement loin de nous, et nous pouvons, je pense, considérer comme un fait acquis et démontré, que la contagion syphilitique est susceptible de produire dans l'organisme des lésions aussi différentes de siége que variées dans leur forme. Mais si personne ne conteste ce fait général, il s'en faut de beaucoup que l'on soit aussi bien d'accord sur les différentes affections qui méritent le nom de *syphilitiques*. A cet égard la science n'a pas encore dit son dernier mot.

Ainsi tout le monde reconnaît que des excroissances de forme diverse peuvent procéder de la contagion syphilitique; mais il n'en est pas moins souvent fort difficile de déterminer d'une manière précise en pratique, quelle part d'influence revient à l'action d'un principe spécifique dans le développement des lésions de ce genre. Je viens aujourd'hui appeler votre attention sur une affection que j'ai souvent observée chez des

---

(1) Lues à la Société de médecine de Strasbourg ; *Gazette médicale de Strasbourg.* — Mai 1844.

femmes prostituées, sur une affection que plusieurs d'entre vous ont peut-être vue dans d'autres circonstances. Cette lésion, qui n'a été ni suffisamment décrite, ni suffisamment appréciée, consiste dans le boursouflement vasculaire d'une partie plus ou moins étendue de la muqueuse urétrale, se manifestant sous forme d'excroissance, de consistance charnue, d'un rouge vif, facilement saignante, à surface lisse, et dont la base, le plus souvent assez large, n'est que la muqueuse dégénérée et devenue plus vasculaire. S'il existait dans la science un nom suffisamment précis pour désigner les altérations de ce genre, je vous aurais épargné volontiers cette longue périphrase; mais comme je tiens à éviter toute confusion, j'ai dû désigner la lésion par ses caractères les plus tranchés; après cela nous pourrons l'appeler, en nous servant d'une dénomination ancienne, *caruncula urethræ*, *carnosité*, *polype charnu et vasculaire*, *excroissance fongueuse de l'urètre*.

Le nom m'est assez indifférent pour le moment.

En quoi ces tumeurs urétrales diffèrent-elles symptomatiquement des excroissances vénériennes ordinaires? Si elles doivent en être distinguées en raison de leur forme spéciale, ont-elles la même origine, ou se développent-elles sous l'influence d'autres causes, et n'ont-elles de commun avec les accidents syphilitiques que d'avoir été observées chez des personnes éminemment exposées à la contagion vénérienne? Si d'autres circonstances que la contagion vénérienne peuvent contribuer au développement de cette lésion, est-elle toujours entièrement indépendante des phlegmasies spécifiques des organes génitaux, ou se manifeste-t-elle parfois sous leur influence, sans participer à leur nature? Permettez-moi de ne procéder dans la solution des questions diagnostiques, étiologiques et thérapeutiques qui se présentent, qu'à l'aide des observations que j'ai recueillies. Car les faits sont et seront toujours le point de départ d'une science positive.

Obs. I.—Jeannette Pacoutey, âgée de 23 ans, entrée à la Clinique des vénériennes le 5 mai 1839, prétend n'avoir jamais été affectée de syphilis. L'examen ne constate aucune lésion suspecte aux organes génitaux externes; la muqueuse vaginale et le col utérin sont sains; point d'écoulement.

L'orifice du canal de l'urètre est dilaté et obstrué par une petite tumeur arrondie, aplatie sur les côtés, offrant assez bien la forme et le volume d'une grosse fève; sa surface est libre en haut et sur les côtés; elle adhère inférieurement par une base assez large, plus étroite cependant que la partie moyenne de la tumeur, à la paroi postérieure du canal de l'urètre, légèrement prolabée dans l'étendue d'un centimètre à peu près, en partant de l'orifice. La surface de la petite tumeur est lisse et comme revêtue d'un épithélium très-fin; sa consistance est charnue; sa couleur, d'un rouge éclatant, pointillée de rouge foncé, tranche avec la teinte rosée de la muqueuse des organes génitaux et la rougeur plus pâle de la paroi supérieure du canal urétral. En tirant sur la tumeur avec une pince, on produit un saignement abondant, qui s'arrête spontanément au bout d'une minute. L'excrétion urinaire n'est pas douloureuse, et se fait assez facilement.

La malade prétend que la tumeur qu'elle porte n'est pas d'origine vénérienne; elle n'en connaît pas la cause, elle s'est aperçue de son développement avant d'avoir eu commerce avec des hommes.

Mise en observation pendant quinze jours, la tumeur reste stationnaire; des applications astringentes continuées pendant quinze autres jours ne la modifient point. Elle est enlevée enfin à l'aide de l'instrument tranchant. En la saisissant avec une pince, il est facile de la faire basculer de manière à mettre en évidence sa partie adhérente; elle est séparée de la paroi inférieure par un trait de ciseaux. Saignement assez abondant qui s'arrête de lui-même. Guérison au bout de quelques jours, sans apparence de reproduction.

La tumeur dont il est question dans cette observation ne peut évidemment pas être confondue avec les excroissances vénériennes ordinaires. Sa forme spéciale, sa surface lisse, sa couleur, son mode d'implantation sur la muqueuse urétrale dont elle paraissait être une partie prolabée et plus vasculaire, doivent la faire considérer comme essentiellement distincte des excroissances vénériennes dont les différentes variétés passent journellement devant nos yeux. En effet, les excroissances verruqueuses présentent à leur surface libre une teinte plus blanche que celle des muqueuses, leur coloration est rose pâle; les crêtes de coq et les excroissances à choux-fleurs offrent la même nuance. Toutes ces excroissances sont de plus composées de filaments ou de granulations qui donnent à leur surface un aspect dentelé ou rugueux particulier. Les excroissances framboisées, quoique plus rouges, sont éga-

lement granuleuses. Il n'y a que les condylomes de l'anus dont la surface soit lisse; mais le condylome est toujours un phénomène secondaire : il consiste dans l'hypertrophie des replis de la peau qui entourent l'anus, et procède presque toujours d'excoriations ou de rhagades. Le condylome est du reste le plus souvent accompagné de phénomènes concomitants syphilitiques. Chez notre malade il n'existe aucune raison de rapprocher l'affection de l'urètre du condylome, et de l'appeler *condyloma urethræ;* il n'y a pas eu d'accident syphilitique concomitant; l'origine de la tumeur est rapportée par la malade à une période voisine de l'enfance, et nous n'avons aucune raison de douter de la vérité du fait. Il est impossible enfin de confondre ces tumeurs avec le tubercule plat, dont la surface est également lisse.

J'ai cru devoir rapporter d'abord cette observation, parce qu'elle démontre que la tumeur en question diffère des excroissances vénériennes, non-seulement par ses caractères, mais encore par son origine. Ce fait nous servira de point de départ dans nos recherches ultérieures.

Dans aucun cas nous n'avons pu assister, si je puis dire, au premier développement de la lésion; mais tout récemment nous avons observé le fait suivant d'une tumeur urétrale arrivée à un degré de développement bien plus considérable. Il montre une partie des lésions secondaires que les affections de ce genre peuvent produire, lésions qui ne sont pas sans importance, et qui, sans doute, ne constituent pas le dernier terme de ce genre d'altérations.

Obs. II. — Barbe Hænsler, âgée de 23 ans, entrée à la Clinique le 22 mars 1844, n'a jamais eu d'accidents incontestablement syphilitiques. A différentes reprises, elle a été atteinte d'abcès des grandes lèvres, affection qui nous paraît être le plus souvent indépendante de la contagion vénérienne; elle n'a jamais eu d'écoulement blennorrhagique; mais elle a éprouvé, avant d'être prostituée, il y a près de dix ans, des douleurs vives lors de l'émission de l'urine. Ces douleurs, provoquées par des rapports sexuels non suspects, durèrent pendant quatre semaines, mais n'ont été ni précédées, ni suivies de sécrétion morbide.

La malade prétend ne pas connaître l'origine de sa tumeur urétrale; mais elle affirme que sa mère s'est aperçue de son existence déjà avant l'époque de la puberté.

Résultats de l'examen des organes lors de l'entrée de la malade.—Le tubercule urétral et la paroi inférieure de l'urètre sont prolabés et dépassent la partie supérieure de l'orifice de près de deux centimètres, de telle façon que l'orifice vaginal est en partie caché par cette saillie. La face supérieure de la paroi prolabée est occupée par une tumeur allongée, aplatie en haut; elle adhère par une base assez large à toute la longueur de la paroi inférieure; elle est libre, arrondie, et plus volumineuse en bas. De l'épaisseur de l'index à peu près, elle va en s'amincissant dans l'intérieur de l'urètre. Son extrémité antérieure offre de petits lobulés, et à gauche elle est surmontée d'un lobule plus grand, proéminent, et plus dur que le reste de la tumeur.

Profondément, de la paroi supérieure de l'urètre se détache une seconde tumeur également aplatie; elle est libre et flottante dans l'étendue de près d'un centimètre; sa largeur est de cinquante à soixante millimètres; elle représente assez bien la forme d'une petite languette. La couleur de ces tumeurs est d'un rouge vif, leur surface lisse; elles saignent facilement à un contact un peu rude. L'orifice du canal est largement dilaté, le doigt indicateur y pénètre sans peine, et arrive facilement à la vessie, y pénètre même sans trop d'effort. Le canal urétral est évidemment raccourci.

La malade retient bien ses urines; leur excrétion n'est pas douloureuse, et la tumeur ne produit aucune gêne; mais cette dernière est parfois douloureuse lors du coït, et saigne alors facilement.

Présentée à la Clinique chirurgicale, la malade est opérée par M. le professeur Sédillot; l'excision n'a présenté aucune difficulté sérieuse; il n'est pas survenu d'hémorragie, et aujourd'hui la guérison est presque achevée, sans que rien annonce de la tendance à la reproduction du mal.

Je ne reviendrai pas à propos de ce fait sur les considérations diagnostiques déjà indiquées. Je veux seulement signaler, indépendamment du volume plus considérable de la tumeur, les lésions concomitantes du canal, le prolapsus de sa paroi inférieure, sa dilatation, son raccourcissement.

Le prolapsus peut être attribué aux tiraillements incessants que devait éprouver la paroi inférieure par le poids même de la tumeur, et par les froissements que la partie saillante de l'excroissance devait éprouver lors du coït. Quant à la dilatation du canal, la tumeur peut sans doute avoir contribué à la produire. On peut admettre qu'avant le développement complet du prolapsus, l'orifice se trouvant en partie oblitéré, l'urine a

dû s'écouler avec quelque difficulté, faire effort sur les parois du canal, le dilater, et que cette dilatation a pu persister plus tard après l'établissement du prolapsus et le dégagement de la partie antérieure du canal. On pourrait penser aussi que la dilatation du canal est due à l'introduction de corps étrangers ; mais je n'ai pu obtenir aucun aveu à cet égard.

Quoique la tumeur en question existât depuis longtemps, et qu'en raison de sa position elle ait dû souvent être exposée à des irritations mécaniques, elle n'a cependant pas dégénéré. Cela ne veut pas dire assurément que des tumeurs de ce genre ne puissent pas subir quelques-unes des transformations auxquelles sont exposées d'autres excroissances fongueuses. Mais jusqu'à présent je ne connais pas de fait qui démontre cette induction analogique. Il résulte au contraire de ce que nous avons observé, que les excroissances de ce genre restent très-longtemps stationnaires, qu'elles ne produisent que peu d'inconvénients, et ne gênent que médiocrement les fonctions.

Quoi qu'il en soit, il est évident que la tumeur de notre seconde malade n'est pas plus de nature syphilitique que celle de la première observation. Mais il nous est impossible de dire à quelle cause il faut rapporter l'origine du mal, car nous n'avons pas de données positives pour cela. Dans les observations qui vont suivre, l'affection a été observée sous l'influence d'autres circonstances qu'il importe d'apprécier.

Obs. III. — Marie Haberstik, âgée de 23 ans, entra à la Clinique des vénériennes au commencement d'avril 1843, pour une blennorrhagie urétro-vaginale ; elle sortit guérie au bout de quinze jours, et lors de sa sortie n'offrait aucune lésion apparente du canal de l'urètre.

Le 22 juillet suivant, elle rentre à la Clinique. Ses organes génitaux, à l'exception d'un léger écoulement vaginal laiteux, sont exempts d'altération. Mais à l'entrée du canal de l'urètre proémine une petite tumeur rouge, de la grosseur d'une fève, aplatie sur les côtés, lisse, d'un rouge vif, adhérant à la partie antérieure de la paroi inférieure du canal ; en tout semblable, en un mot, à l'affection de notre première malade. Il existait de plus chez cette femme un léger écoulement urétral blanc laiteux. Ni gêne ni douleur lors de l'émission de l'urine. Une ligature est jetée autour de la base de la tumeur ; quatre jours après, cette dernière tombe avec le fil qui l'étranglait. Mais la paroi d'implantation proémine encore. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent sont nécessaires pour achever la guérison. La malade sort le 16 août sans trace de reproduction du mal. Nous l'avons revue depuis ; la guérison s'est maintenue.

Quel est dans le fait que je viens de rapporter la cause de la tumeur urétrale. Son développement ne doit-il pas être attribué à la blennorrhagie urétrale antécédente ? Il est difficile, quand nous voyons une telle succession de phénomènes, de douter de l'existence d'un rapport de causalité ; le doute est d'autant moins légitime que ce fait n'est pas isolé. Voici, en effet, une seconde observation, où la même filiation peut être admise.

Obs. IV. — Marguerite Umeker, âgée de 22 ans, a été atteinte, au mois de septembre 1843, d'un écoulement avec douleurs très-vives lors de l'émission de l'urine ; le 13 décembre 1843, elle entre à la clinique affectée de chancres superficiels et de deux bubons, offrant de plus une tumeur urétrale analogue à celle de l'observation précédente. Le traitement mercuriel qu'elle subit guérit ses bubons et ses chancres, mais n'exerce aucune influence sur l'affection de l'urètre. Cette petite tumeur est excisée comme celle de nos premières observations, et ne repullule plus.

Dans deux autres observations nous trouvons des tumeurs urétrales chez des femmes qui ont eu antérieurement des signes évidents d'urétrite blennorrhagique. Vous me permettrez de ne pas les reproduire *in extenso*, elles n'offrent aucun intérêt spécial.

On peut donc admettre comme un fait acquis, qu'il existe un rapport de causalité entre l'urétrite blennorrhagique et l'affection dont nous nous occupons.

Mais de quelle nature est ce rapport de causalité ? Faut-il admettre, parce que nous voyons une tumeur succéder à une blennorrhagie, que cette tumeur soit de nature spécifique comme l'affection première, et diffère essentiellement, quant à sa nature, de tumeurs de même aspect que l'on rencontre dans d'autres circonstances (*Voyez* notre première et notre deuxième observation) ? C'est là une conclusion qui ne me paraît pas légitime ; car rien ne prouve la *spécificité*, la nature particulière des tumeurs, rien ne

les différencie de celles de notre première observation, de celles que l'on peut rencontrer chez des femmes qui n'ont jamais eu ni blennorrhagie ni syphilis.

J'admets en conséquence que l'urétrite blennorrhagique a été cause de l'altération de la muqueuse, non pas en tant qu'inflammation spécifique, mais seulement en tant qu'*inflammation ;* et je pense que d'autres causes irritantes, des influences mécaniques, par exemple, sont susceptibles de produire le même effet.

Il n'y a donc rien de spécifique dans les affections de ce genre, qu'elles se soient développées à la suite de blennorrhagie ou à la suite d'autres circonstances ; elles n'exigent pas, pour guérir, de modificateurs spéciaux ; mais elles doivent être attaquées par des moyens analogues à ceux que l'on emploie avec succès dans les cas de tumeurs polypiformes. Les faits que nous avons recueillis prouvent qu'aucun traitement interne ne doit précéder ni suivre l'opération, à moins qu'il ne soit réclamé par d'autres lésions concomitantes.

En terminant je dois mentionner une opinion ancienne qui attribue les rétrécissements de l'urètre chez l'homme à des *carnosités* développées dans le canal urétral. Cette opinion est sans doute erronée, quand on prétend l'étendre à tous les rétrécissements, ou même à la majorité des rétrécissements ; mais rien ne prouve qu'elle ne soit pas déduite de faits bien observés, et que l'erreur ne consiste que dans une généralisation prématurée. Ce qui existe assez souvent dans le canal urétral de la femme peut sans doute se développer aussi parfois dans l'urètre de l'homme ; *à priori* il est rationnel de le présumer ; en fait, il existe des observations qui le prouvent.

Conclusions. 1° Le canal de l'urètre chez la femme peut devenir le siége d'une forme spéciale d'excroissances qu'il importe de distinguer des excroissances vénériennes. Nous les appellerons *polypes de l'urètre*, nom que M. Velpeau paraît leur avoir donné ; car c'est du moins sous cette dénomination que M. Barthez rapporte dans le *Journal hebdomadaire* (1836), comme ayant été observés à la clinique de ce professeur, deux cas qui se rapprochent évidemment de l'affection que nous avons décrite.

2° Cette lésion n'est pas de nature syphilitique ; elle se développe parfois chez des personnes qui n'ont jamais été atteintes de maladies vénériennes. Dans ce cas les causes occasionnelles de la maladie sont obscures, et non suffisamment déterminées par l'expérience.

3° Il est impossible de nier l'influence qu'exercent parfois les urétrites blennorrhagiques antécédentes ; mais, dans ces cas même, rien ne prouve que la tumeur participe à la nature spécifique de la blennorrhagie qui en a été la cause occasionnelle.

4° Les lésions de ce genre sont peut-être susceptibles de dégénérer ; mais il n'y a, quant à présent, pas de fait qui le prouve. Elles peuvent exister longtemps sans produire d'effet fâcheux ; mais elles sont susceptibles d'entraîner des modifications dans le calibre et la longueur du canal urétral, et gênent par leur présence et le saignement qui résulte de leur froissement.

5° Il n'y a pas urgence à les enlever ; mais il est convenable de le faire tant qu'elles sont petites, et à plus forte raison quand, par leur volume, elles gênent les fonctions de la femme.

6° L'excision est le moyen le plus expéditif et le plus sûr, elle ne présente aucun danger sérieux ; l'hémorragie ne s'observe que rarement. Nous avons toujours vu l'écoulement de sang s'arrêter facilement. Au reste, l'introduction de la sonde et la compression du canal ou la cautérisation en triompheraient infailliblement.

Note sur une nouvelle variété de cancer, ou cancer épidermique.

La discussion récente sur les tumeurs fibreuses du sein a surtout fait ressortir l'incertitude et la pauvreté de nos connaissances sur l'anatomie de ces productions si diverses, qui cependant, selon leur nature bénigne ou maligne, rejettent ou réclament

l'emploi du couteau. Tous les praticiens, tous les bons esprits s'accordent à reconnaître que la classification des cancers en tissus encéphaloïde, squirrheux, colloïde et mélanique, est trop étroite pour comprendre toutes les tumeurs de mauvais caractère ; et l'insuffisance des yeux et du scalpel pour arriver à une détermination meilleure n'est plus susceptible de contestation aujourd'hui. Est-ce à la chimie qu'il faudra s'adresser, ou bien au microscope ? Ce dernier moyen d'investigation semble tendre à s'emparer de la faveur générale ; la Société de chirurgie, dans l'une de ses dernières séances, a nommé une commission pour s'occuper d'anatomie pathologique microscopique ; et la Société anatomique est saisie d'un mémoire destiné à faire sensation parmi les chirurgiens.

M. Mayor, l'un des internes les plus distingués de nos hôpitaux, est l'auteur de ce travail sur lequel nous reviendrons lorsqu'il sera publié ; mais dont nous voulons cependant donner par avance une idée à nos lecteurs. Un homme étant entré dans le service de M. Bérard aîné, à Saint-Antoine, pour une tumeur de la lèvre inférieure offrant toutes les apparences du cancer, sauf les douleurs lancinantes, l'extirpation de la tumeur fut pratiquée, et M. Mayor examina le prétendu cancer au microscope. Déjà l'étude des cancers ordinaires a appris aux micrographes à distinguer les *globules cancéreux* qui ont véritablement une figure particulière ; déjà aussi M. Mayor avait trouvé sur d'autres tumeurs dites cancéreuses, de nouveaux globules tout à fait différents. Ici, il ne s'agissait plus de globules ; le tissu de la tumeur exprimé ne paraissait contenir que des cellules épidermiques. Le malade ne guérit pas de son opération ; loin de là, la plaie suppura, et une nouvelle tumeur se forma vers le bord postérieur de la mâchoire. Or, dans la sanie sécrétée par la surface suppurante, on voit à l'œil une quantité de petits grumeaux qui n'existent pas dans le pus ordinaire, et au microscope ces grumeaux prennent l'aspect des cellules épidermiques. M. Mayor nous a fait voir ces grumeaux soit à l'œil nu, soit au microscope ; et à moins de refuser toute confiance à cet instrument, voilà l'anatomie pathologique dotée d'un *cancer épidermique*.

Ce premier fait n'est d'ailleurs déjà plus isolé. M. Lisfranc a extirpé récemment à la Pitié un cancer du nez, bien reconnu comme tel, et déterminant cette fois des douleurs lancinantes. Le tissu, examiné au microscope, s'est trouvé encore contenir dans ses mailles des parcelles épidermiques, et, chose curieuse, sans connexion avec l'épiderme normal. La malignité de la tumeur ne saurait être niée pas plus sur ce second malade que sur le premier ; car il y a eu également récidive.

Si l'on nous demandait comment nous concevons cette sécrétion d'épiderme au milieu d'une tumeur, ou à la surface d'une plaie succédant à l'ablation de cette tumeur, il nous serait impossible de répondre. Tout aussi difficilement chercherait-on à expliquer la malignité et la tendance aux récidives de tumeurs de ce genre ; et si nous ne nous trompons, c'est là une des plus curieuses découvertes que le microscope ait offertes à la méditation des anatomistes, des physiologistes et des chirurgiens.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS *pour un cas d'anévrisme inguinal*, par M. MALGAIGNE.

M. Malgaigne a adressé à l'Académie des sciences la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un nouvel exemple d'une opération qui n'a compté jusqu'à présent que quatre succès à Paris ; je veux parler de la ligature de l'artère iliaque externe.

« J'ai lié cette artère le 11 février dernier, sur un jeune avocat du barreau de Paris, M. Amé, rue de la Sainte-Chapelle, nº 1, pour un anévrisme très-volumineux qui occupait l'aine gauche et remontait jusqu'au niveau de l'épine iliaque. Une seule ligature fut appliquée ; elle est tombée le matin du 16e jour. Au bout de cinq semaines, la plaie était en grande partie fermée, lorsque, le 37e jour, la poche anévrismale se creva du côté de la plaie, et détruisit tout le travail de

cicatrisation. Cet accident n'a pas eu toutefois de conséquences graves; et le 11 mai, juste après trois mois révolus, M. Amé a recommencé à plaider. Il restait encore alors une très-petite surface suppurante, qui n'a pas tardé à se cicatriser complétement.

« Aujourd'hui la santé générale est parfaite; le membre gauche est à peu près aussi gros, aussi chaud et aussi fort que l'autre; bien que l'on n'y sente de pulsations dans aucune artère. J'avais fait l'incision presque verticale, inclinant un peu vers l'ombilic; il n'y a pas d'indice de hernie jusqu'à présent. »

LUXATION DU POIGNET EN ARRIÈRE; *par* M. KEISSER.

L'histoire des luxations, malgré les travaux nombreux tentés dans ces derniers temps, présente encore une foule de lacunes et d'erreurs. Le seul moyen de combler les unes et de corriger les autres est sans doute de s'attacher à recueillir des observations sur les points en litige; mais il y aurait un grand péril à admettre en témoignage des faits d'une exactitude douteuse; et c'est pourquoi il est utile, dès qu'ils apparaissent, de les soumettre à une sérieuse critique.

La réalité des luxations du poignet en arrière est particulièrement, pour beaucoup de chirurgiens, un sujet en litige; ce qui donne un certain intérêt au fait suivant rapporté par M. Keisser.

OBS.—« Mme Bouquier, âgée de 60 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution frêle, fit, le 23 septembre, une chute sur des carreaux; ayant la main droite embarrassée, elle voulut se retenir avec la main gauche, qui supporta tout le poids du corps. En se relevant, madame Bouquier éprouvait une vive douleur dans le poignet et ne pouvait exécuter aucun mouvement. Elle me fit aussitôt appeler; j'arrivai une demi-heure après l'accident.

« Je trouvai l'articulation du poignet dans l'état suivant; flexion de la main sur l'avant-bras, impossibilité de la ramener dans l'extension; en arrière, saillie de 3 centimètres environ au-dessus de laquelle correspond un enfoncement; en avant, l'extrémité inférieure du radius formait une saillie à peu près égale à celle qu'on observait en arrière. Je cherchai à obtenir la crépitation, en faisant exécuter de petits mouvements dans tous les sens; je ne pus pas la sentir. L'impossibilité de ramener la main dans l'extension, l'absence de crépitation, me persuadèrent que j'avais affaire à une luxation du poignet; je tentai la réduction.

« Je fis faire la contre-extension sur l'avant-bras; je saisis moi-même, d'une main, la main de la malade pour faire l'extension; et de l'autre, je cherchai à faire rentrer les os déplacés dans leur articulation, ce que j'obtins non sans douleur. Il me fut facile de sentir les os reprendre leur place.

« Ce résultat obtenu, j'essayai alors de faire exécuter les mouvements qui, auparavant, avaient été impossibles; j'eus la satisfaction de pouvoir faire exécuter les mouvements d'extension et de flexion. Pendant ce temps, je tenais le pouce sur l'apophyse styloïde du cubitus, et l'index sur celle du radius; par ce moyen, je m'assurai si ces apophyses étaient immobiles et si les mouvements ne se passaient pas plutôt un peu au-dessus de l'articulation du poignet. Les apophyses étaient entièrement immobiles; je cherchai de nouveau s'il y avait de la crépitation, je n'en sentis nullement; en abandonnant le poignet à lui-même après la réduction, les parties restèrent en place et la difformité ne se renouvela pas.

« Je plaçai une bande roulée autour du poignet, je mis des petits coussinets de coton, l'un en arrière sur le dos de la main, et l'autre en avant sur l'extrémité inférieure du radius; j'appliquai ensuite des attelles en bois que je fixai au moyen d'une seconde bande.

« Au bout de 25 jours, malgré mes observations, la malade voulut enlever les attelles en bois: je les remplaçai par des attelles en carton qu'elle ne garda que huit jours. Elle se contentait de tenir une bande roulée autour du poignet, dont elle avait soin cependant de ne pas se servir. Mais, le cinquième jour après qu'elle eut enlevé l'appareil, elle me fit appeler, voyant que son poignet tendait à se porter dans la flexion, et qu'il formait une saillie en arrière qui augmentait de jour en jour. Je remis les attelles en bois que je ne laissai enlever qu'au bout de vingt jours. Après cette époque, je laissai le poignet libre, en recommandant de faire quelques mouvements; l'articulation était roide, mais elle ne tarda pas à se déformer. »

(*Gazette médicale.*)

M. Keisser discute tous les symptômes offerts par sa malade; il insiste surtout, et à bon droit, sur la continuité des apophyses styloïdes avec les os de l'avant-bras; quant à cette circonstance du retour de la difformité au 30e et plus tard au 50e jour, il pense qu'elle s'explique mieux dans l'hypothèse d'une luxation que dans celle d'une fracture. Ici nous nous permettrons d'être d'un avis un peu différent. Le rebord articulaire du radius en arrière est trop saillant pour permettre de ces récidives. A quoi donc avait-on affaire? Si nous ne nous trompons, l'observation suivante mettra sur la voie.

Un individu tombé de haut fut apporté à

l'hôpital Beaujon, avec diverses lésions, et entre autres il présentait tous les symptômes d'une luxation du poignet en arrière. M. Lenoir s'assura spécialement de l'intégrité des deux apophyses styloïdes; le fait était tout aussi péremptoire en apparence que celui de M. Keisser. Cependant le sujet succomba; on disséqua le poignet avec soin; et que trouva-t-on? Une fracture du rebord articulaire postérieur du radius qui laissait intacte l'apophyse styloïde, et qui avait permis aux os du carpe de se déplacer en arrière. Il y avait bien luxation, mais avec fracture, et non luxation pure et simple.

Il n'existe à notre connaissance qu'un seul exemple d'une luxation sans fracture du poignet en arrière; M. Marjolin fils, qui possède l'observation, a montré la pièce à la Société de chirurgie où nous l'avons étudiée des yeux et des mains; de telle sorte qu'il n'est resté à personne le moindre doute sur la nature de la lésion.

LUXATION SOUS-GLÉNOÏDALE DE L'HUMÉRUS, *par* M. GUÉPRATTE.

M. Guépratte donne ce nom à la luxation de l'humérus *en bas*. Nous en avons rapporté deux exemples l'année dernière (Voir le tome Ier de ce Journal, p. 83 et 219); il sera curieux de les comparer avec le suivant.

En 1841, la frégate l'*Africaine* était soumise, dans le golfe de Gascogne, à un roulis violent.

« Dans un moment où le bâtiment se couche sur bas-bord (côté gauche), A. M., quartier-maître, homme fort, vigoureux, se tient à tribord (côté droit), les jambes écartées, l'une demi-fléchie, l'autre oblique, étendue, reposant sur le bord interne du pied, et le bras droit dans l'extension, arc-boutant solidement contre la drôme; ainsi il résistait heureusement à la force impulsive qui le sollicitait vers la partie la plus déclive, lorsque deux camarades inhabiles à se retenir culbutent et tombent avec violence sur le membre thoracique tendu; A. M. pousse un cri et s'étend sur le pont; le roulis apaisé, on le porte au poste des blessés dans la batterie.

« Le bras a une élongation manifeste; à peine fléchi au coude, il est dans une semi-pronation, et fait avec la parallèle de l'axe du corps un angle de 35° à 40°; l'extension complète de l'avant-bras, son rapprochement du thorax, causent une douleur vive. Le moignon est aplati, le deltoïde est tiraillé, résistant, forme planche; l'acromion et l'apophyse coracoïde se découvrent à l'œil; de ces éminences à la tête humérale existe une distance anormale, et cette tête, en rapport en dedans avec les vaisseaux et les nerfs de l'aisselle, est fixée solidement sur le bord antérieur de l'omoplate; à droite et à gauche de lui elle fait un relief égal... La longue portion du biceps était intacte; son tendon offrait au doigt l'impression d'une corde qui se tendait lorsque au moindre mouvement de flexion succédait une très-légère extension.

« Ce diagnostic me prescrivait de la prudence dans les manœuvres. Les premières tentatives m'annoncèrent des difficultés; je supposai qu'il serait peu rationnel, fort dangereux même, de déployer une grande force; et la crainte de rompre des muscles qui, par un effet merveilleux, n'avaient point cédé à une extension exagérée, me détermina à plonger les pieds de mon blessé dans l'eau chaude, à le saigner au bras, en le faisant tenir par des aides dans la position verticale, afin d'en activer l'action débilitante. Cent à 120 grammes de sang suffirent pour amener une faiblesse syncopale. Je profitai du relâchement de tous les tissus contractiles pour ramener l'humérus à sa position normale; ce qui eut lieu promptement, sûrement et sans douleur.

« La situation du malade, la pose du lacq, la disposition des aides étaient ici ce qu'elles doivent être en présence d'une luxation de l'épaule dans le creux de l'aisselle...

« Le bras rapproché du corps, fléchi et conduit sur le thorax, fut soutenu à l'aide d'une écharpe. Il survint un peu de gonflement et de chaleur, que des fomentations de guimauve dissipèrent bientôt. Le repos et des frictions toniques camphrées terminèrent le traitement. A. M. après vingt jours d'hôpital reprit son service sans inconvénient. »

(*Journal des Conn. Médico-Chirurgicales.*)

M. Guépratte donne son observation à peu près isolée; la seule réflexion qu'il y joigne est celle-ci:

« Je m'explique cet équilibre de l'humérus au-dessous de la cavité glénoïde, dans la petite dépression triangulaire qu'on y remarque; la partie la plus inférieure du bourrelet articulaire répondait au col anatomique, ou mieux, il était saisi entre lui et la terminaison du sus-épineux qui s'était allongé sans se rompre (ce qui est peut-être difficile à croire à cause de la brièveté de sa fibre). Sans cette intégrité musculaire, la luxation, j'en suis convaincu, serait devenue en bas et en dedans axillaire ou sous-épineuse. »

Nous remarquerons seulement que la prétendue dépression triangulaire qu'on voit sur un os sec, au-dessous de la cavité glénoïde, est occupée sur le vivant par l'attache du muscle triceps, et qu'il faut aller chercher ailleurs un endroit pour loger la tête luxée. M. Malle a fait sur ce sujet quelques expériences dont les résultats sont utiles à rappeler ici.

Dans plusieurs luxations en bas produites

sur le cadavre, il a donc trouvé la tête humérale reposant sur la côte de l'omoplate et un peu aussi sur la surface scapulaire de cet os; le col anatomique au niveau des deux tubérosités, appuyant en même temps sur le bord inférieur de la cavité glénoïde; les vaisseaux et les nerfs axillaires situés en dedans, et faisant constamment saillie sur la tête humérale. Dans cette position, on pouvait facilement porter la tête luxée contre le bord antérieur du grand dorsal, le bord externe du grand pectoral et la peau de l'aisselle; mais il était impossible de la faire remonter jusqu'auprès de l'apophyse coronoïde. Qu'est-ce qui y faisait obstacle? Une bande fibreuse, portion de la capsule déchirée, qui contournait la petite tubérosité de l'humérus. En coupant cette bande, on voyait aussitôt la tête de l'os se rapprocher de l'apophyse coracoïde.

Les symptômes de ces luxations différaient quelque peu de ceux qu'a notés M. Guépratte. Il y avait une grande dépression au-dessous de l'acromion; allongement du bras, l'avant-bras porté dans la demi-flexion, le coude écarté du tronc et porté un peu en arrière; l'épitrochlée faisant un peu de saillie à la partie postérieure et interne. La tête formait à la partie postérieure de l'aisselle une tumeur sensible à la vue, plus sensible encore en portant la main à la partie interne du bras et en la conduisant jusqu'à l'aisselle même. Enfin un caractère constant et bien remarquable, c'était la mobilité de la tête humérale et la facilité avec laquelle on la portait, comme il a été dit déjà, contre le bord externe du grand pectoral, le bord antérieur du grand dorsal et la peau de l'aisselle; M. Malle regarde cette mobilité comme un signe pathognomonique.

Il y a en effet une observation de Desault dans laquelle cette mobilité a été notée; elle semble avoir manqué dans les autres faits recueillis depuis. Certes, nous ne voudrions pas dire que toutes les luxations en bas, non plus que dans tout autre sens, se ressemblent exactement et doivent être calquées l'une sur l'autre; mais lorsque l'on trouve l'occasion rare d'examiner un de ces cas extraordinaires, il importe du moins de ne négliger aucun symptôme, afin que les déductions scientifiques et pratiques puissent en être tirées avec sécurité.

Obstétrique.

DES ACCIDENTS PRODUITS, APRÈS L'ACCOUCHEMENT, *par la présence d'un polype dans l'utérus,* par le docteur OLDHAM.

Si les polypes utérins ne sont pas un obstacle à la conception, la grossesse n'est pas non plus un obstacle au développement des polypes. Fort peu considérable quelquefois au moment de la fécondation, leur volume peut s'accroître progressivement et se trouver tel, au moment du travail, que l'expulsion de l'enfant soit très-difficile, impossible même quand la tumeur naît du col, ou que la longueur de son pédicule la laisse pendre au-dessous de la tête.—Dans des conditions opposées, les voies de la parturition resteront libres sans doute, mais de nouveaux dangers peuvent surgir après la sortie de l'enfant. Ce dernier genre de complication a beaucoup moins fixé l'attention des observateurs, quoiqu'elle ne soit pas moins menaçante, et qu'elle ait été pour le moins aussi souvent funeste.

Le docteur Oldham s'est proposé d'étudier la question sous ce rapport, et il a rassemblé les faits propres à l'éclairer. Assez variés pour faire connaître les diverses sortes d'accidents que la présence d'un polype dans l'utérus peut produire après l'accouchement, ces faits fournissent aussi l'exemple des différentes terminaisons possibles. Résumons-les d'abord en quelques mots; nous en déduirons ensuite, à l'exemple de l'auteur, quelques corollaires sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Ire OBS. (M. Moon et le docteur Ramsbotham).—Une dame de 30 ans, accouchée depuis trois semaines, éprouve tout à coup une hémorragie qui va jusqu'à la syncope. Des doses répétées de seigle ergoté produisent, au milieu de douleurs de plus en plus fortes et à la fin excessives, une dilatation de l'orifice utérin assez grande pour laisser engager une tumeur et pour permettre l'introduction de la main. A peine le pédicule est-il embrassé, que la main et avec elle un polype du volume d'un gros œuf d'autruche, sont expulsés par une violente contraction de l'utérus.—Guérison.

IIe OBS. (M. Crisp).—Une dame de 36 ans éprouva fréquemment, dans les six dernières semaines de sa sixième grossesse, de petites hémorragies. L'accouchement fut rapide; mais le placenta n'ayant pu être extrait par les simples manœuvres ordinaires, la main fut introduite dans l'utérus et rencontra, outre le délivre, une tumeur qui fut d'abord prise pour un second enfant, mais dont la véritable nature fut ensuite reconnue. C'était un polype volumineux, que des contractions utérines extrêmement violentes poussèrent et enfoncèrent si bas dans le vagin que le cathétérisme devint difficile.—La malade mou-

rut épuisée par la violence et la répétition des douleurs, sans hémorragie.

IIIe Obs. (Guyot).—Femme accouchée depuis cinq heures ; douleurs dans les aines et dans les reins ; polype du volume de la tête d'un enfant à terme, à pédicule plat ; point d'hémorragie. Le lendemain, ligature et section faites avec succès.

IVe Obs. (Churchill).—Peu de temps après son accouchement, une femme qui allait bien fut prise d'une hémorragie qui ne put être arrêtée. Elle succomba au bout de 8 à 10 heures.—On trouva, à l'autopsie, un polype volumineux au fond de l'utérus.

Ve Obs. (Churchill).—Dix jours après son accouchement, une femme fut prise d'hémorragie, accompagnée de contractions utérines qui poussèrent le polype jusqu'à l'orifice où il put être senti. L'hémorragie fut arrêtée, et lorsque, plus tard, on voulut lier le polype, il était inaccessible ; l'orifice utérin s'était refermé sur lui. La femme guérit.

VIe Obs. (Dr Th. Radford, de Manchester). —Une femme, accouchée depuis quinze jours, n'avait cessé pendant cette quinzaine d'avoir des lochies abondantes ; elle avait en outre éprouvé de temps en temps de véritables pertes, et de violents paroxysmes de contractions utérines avec pesanteur. Tous les moyens mis en usage furent inutiles ; elle succomba épuisée. — A l'autopsie, on trouva un polype de deux pouces de longueur, engagé à travers l'orifice utérin béant, et attaché à la partie antérieure de la matrice qu'il avait renversée.

VIIe Obs. (Radford). — Une femme, accouchée de la veille, fut prise d'une hémorragie considérable qui s'arrêta par l'emploi de moyens appropriés. Cependant le sang bavait encore, et s'élançait même quelquefois en gros jets. L'utérus, dur et contracté, était néanmoins plus volumineux qu'à l'ordinaire. La main, portée dans l'intérieur de l'organe, reconnut une tumeur du volume d'une grosse poire, à pédicule étroit. Ce pédicule fut embrassé par une ligature qu'on resserra tous les jours. Le huitième, le polype se détacha ; la femme guérit. Elle est accouchée depuis trois fois naturellement.

VIIIe Obs. (Radford).—Une femme, accouchée depuis six heures, avait un écoulement lochial plus abondant que d'ordinaire, et par moments une véritable perte ; elle éprouvait en outre de fortes douleurs avec pesanteur. L'utérus était plus volumineux et plus mou que de coutume. A travers le col entr'ouvert, on sentait une tumeur mobile. Pendant qu'on employait quelques moyens pour modérer l'hémorragie, une forte contraction détacha le polype et le poussa dans le vagin.—La femme guérit.

IXe Obs. (Radford).—Immédiatement après l'accouchement, une violente hémorragie se déclare. Utérus plus volumineux qu'à l'ordinaire, pas assez pourtant pour faire croire à l'existence d'un second enfant ; le toucher fait reconnaître au-dessus de l'orifice une tumeur ferme, mobile, du volume de la tête d'un fœtus de 6 à 7 mois. Radford introduit la main dans l'utérus, trouve un pédicule grêle, le tord immédiatement, et extrait ensuite tout ensemble le polype et le placenta. L'hémorragie se renouvela très-considérable encore, mais fut heureusement arrêtée ; et la femme guérit.

Des faits qui précèdent on peut tirer les conclusions suivantes :

1o Des polypes de diverse grosseur, quelquefois très-volumineux, peuvent se développer dans l'utérus pendant la gestation, sans que la grossesse soit troublée dans son cours, ni la parturition gênée dans sa marche.

2o On peut en soupçonner l'existence quand l'utérus reste après l'accouchement plus volumineux qu'à l'ordinaire, bien que dur, et qu'il se livre à des contractions énergiques sans résultat, accompagnées d'hémorragie. On pourrait alors croire à l'existence d'un second enfant. Mais l'absence de pulsations doubles, de poche d'eau ou de parties fœtales, la différence de forme, de volume et surtout de consistance de l'utérus écarteront cette idée. On ne pourra donc hésiter qu'entre un polype et un caillot. Or, un polype seul ne céderait pas aux contractions utérines ; un caillot, au contraire, serait expulsé. Il en serait de même d'ailleurs d'un produit dégénéré de conception.

3o Le diagnostic doit être soigneusement établi avant toute tentative d'extraction. L'ignorance dans laquelle on resta à cet égard dans le fait de Crisp, eut pour résultat quelques tentatives d'arrachement qui ne furent pas étrangères à la mort de la femme.

4o L'hémorragie peut être légère, mais continuelle. D'autres fois elle est soudaine et immédiatement considérable. Elle a lieu, dans certains cas, aussitôt après l'accouchement ou la délivrance ; dans d'autres, elle n'arrive qu'au bout de deux ou trois semaines.

5o Après la délivrance, l'orifice peut se refermer et l'organe rester calme. Au contraire, il peut arriver que l'utérus se contracte par intervalles ; et que ces contractions paroxystiques soient accompagnées d'hémorragie, ou bien qu'il y ait des efforts utérins non interrompus accompagnés de vives souffrances et suivis d'épuisement et de mort.

6o Les contractions utérines amènent quelquefois le détachement du polype ; d'autres fois, au contraire, le renversement complet ou incomplet de l'utérus. Ce qui prouve que

le poids du polype est étranger à ce dernier effet, et qu'il résulte de l'action vitale de l'organe, c'est qu'il a eu lieu dans des cas où le polype n'avait qu'un petit volume.

7° S'il n'y a pas d'hémorragie ou que cette hémorragie soit légère, on doit s'efforcer d'abord, par le repos et les opiacés, de calmer l'irritabilité de l'utérus, et attendre que ces moyens aient diminué l'activité de la circulation utérine et le trouble produit par la parturition. Il faut, au contraire, agir tout de suite si l'hémorragie est violente ou continue, s'il est impossible de l'arrêter, ou si l'on a raison de craindre que la femme s'épuise par la persistance des contractions et la continuité de la douleur.

8° On peut lier, puis exciser, ou même tordre tout de suite un polype, soit pendant, soit immédiatement ou plus ou moins longtemps après l'accouchement, sans déterminer nécessairement des accidents. La ligature seule ou suivie de l'excision est le meilleur mode de traitement.

9° L'opération n'est pas suivie de récidive; elle ne produit pas nécessairement la stérilité, et ne prédispose à aucun accident particulier dans les accouchements subséquents.

(*Guy's Hospital Reports*, avril 1844.)

Pharmacologie chirurgicale.

DE L'EMPLOI DE QUELQUES PRÉPARATIONS CYANIQUES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX.

Un praticien anglais, M. Turnbull, essaya pour la première fois, en 1837, l'acide hydrocyanique dilué contre certaines maladies des yeux; il en imbibait une éponge, avec laquelle il faisait frictionner le front pendant quelques minutes, ce qui faisait fortement rougir la peau; et il dit en avoir retiré de bons résultats dans la cataracte commençante, les opacités de la cornée, les ophthalmies, les amauroses, l'iritis, etc.

Plus tard, il employa la vapeur de l'acide concentré, avec des effets plus marqués encore. Il mettait dans une fiole de la capacité d'une once, un gros d'acide, et il la tenait tout près de l'œil, les paupières ouvertes, pendant l'espace de trente secondes environ. La pupille se dilate, les vaisseaux s'injectent, et le malade éprouve de la chaleur, sans aucune douleur toutefois.

Chose curieuse, l'huile essentielle d'amandes amères, essayée de la même manière, à la dose de deux drachmes, mêlée à égale quantité d'eau dans une fiole d'une once, non-seulement ne dilate pas la pupille et ne fait pas beaucoup rougir l'œil, mais fait disparaître la chaleur occasionnée par l'acide hydrocyanique.

M. Guthrie fils se sert très-fréquemment de l'acide hydrocyanique médicinal dans les ophthalmies scrofuleuses et catarrhales chroniques, à la dose de quelques gouttes, instillées entre les paupières, et il assure en avoir retiré constamment de bons effets.

Ces essais méritaient d'être répétés. M. Florent Cunier et M. Fleussu ont donc fait en Belgique quelques tentatives qui, sans être aussi heureuses qu'en Angleterre, ont droit cependant à quelque attention.

Disons d'abord que M. Fleussu n'a rien obtenu dans la cataracte commençante ni dans l'amaurose, et qu'il a été obligé de renoncer à l'acide hydrocyanique en vapeur, à raison des accidents toxiques qu'il déterminait. Mais M. Cunier a été plus heureux contre certains cas de photophobie intense, avec spasme des paupières et ulcération de la cornée, qui avaient résisté à tous les moyens. Nous donnerons un résumé de sa première observation, avec les formules employées et le mode d'application.

Un sujet de 21 ans, lymphatique, souffrait depuis quarante-neuf jours d'une photophobie des plus intenses, avec épiphora et blépharospasme. Tout avait été tenté sans succès, et depuis trois jours le malade ne dormait plus. On prescrivit :

♃ Acide hydrocyanique médicinal, 1/2 gros.
Eau distillée de belladone..... 3 onces.

T. En instiller quelques gouttes d'heure en heure entre les paupières, *si c'est possible*. En imbiber des compresses de mousseline, qui seront appliquées sur les paupières et renouvelées toutes les demi-heures.

Les instillations ne purent être faites; mais, après vingt-huit heures des applications, le malade réussit à entr'ouvrir les paupières. — Même prescription, mais seulement avec 15 gouttes d'acide sur 3 onces d'eau de belladone.

Les instillations faites, au bout de trois heures les paupières s'ouvrent à moitié; le malade dormit toute la nuit; le lendemain, les yeux s'ouvraient librement. De légères ulcérations aux deux cornées firent continuer les instillations. Mais le sixième jour, il y eut des vertiges; le malade se sentait la tête vide; les pupilles étaient très-larges et immobiles. On suspendit l'usage de l'acide hydrocyanique; le lendemain, tous ces symptômes avaient disparu. On prescrivit :

♃ Cyanure de potassium..... 6 grains.
Eau distillée de belladone. 2 onces.

T. En lotions fréquemment répétées. —

Quinze jours après, la guérison était complète.

Dans d'autres cas analogues, tantôt il a suffi des lotions et instillations d'acide hydrocyanique à la dose de 20 gouttes sur 3 onces d'eau distillée de belladone ; tantôt M. Cunier a préféré le cyanure de zinc ou de potassium, sous les formes suivantes :

Pommade de cyanure de zinc.

♃ Cyanure de zinc.......... 3 grains.
Axonge purifiée, beurre de cacao ; de chaque....... 1 gros.

T. Une friction tous les quarts d'heure sur le front, les paupières et les tempes avec gros comme un haricot de cette pommade. On peut aussi en introduire gros comme un pois soir et matin entre les paupières. Dans un cas la dose de cyanure a été poussée jusqu'à 10 grains sans inconvénient.

Lotions avec le cyanure de potassium.

♃ Cyanure de potassium.... 6 grains.
Eau distillée de belladone. 3 onces.

T. En lotions et instillations fréquemment répétées. La dose de cyanure de potassium a été portée jusqu'à 2 et même 4 grains par once.

Cette dernière formule a réussi quelquefois à calmer de violentes douleurs compliquant le glaucome. Chez un malade où les applications avaient échoué, une potion contenant un demi-grain de cyanure de potassium sur 2 onces d'eau distillée, avec addition de sirop simple, à prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure, a produit un soulagement des plus marqués.

L'huile essentielle d'amandes amères, mêlée à parties égales avec le beurre de cacao, et appliquée en frictions sur le front et les tempes, a réussi également contre des douleurs analogues. L'huile essentielle de laurier cerise a paru moins efficace. On a aussi tenté de les instiller entre les paupières ; mais outre qu'elles déterminent une cuisson très-vive et prolongée, leur effet sur l'œil et les ulcérations de la cornée a été nul ou à peu près.

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATION D'EXOMPHALE CONGÉNIALE ÉNORME, *suivie de guérison*, par M. THÉLU, *D.-M. à Dunkerque* (1).

L'observation de M. Goyrand, rapportée dans le *Journal de Chirurgie* du mois de février, a rappelé à mon souvenir et m'engage à vous adresser un fait analogue qui ne sera peut-être pas sans intérêt pour la science.

OBS.—Je fus mandé le 1er août 1828, par le sieur Masson Claire, de la commune de Saint-Pierrebrouck, pour donner mes soins à un enfant du sexe féminin dont sa femme venait d'accoucher. Cet enfant était atteint d'une exomphale énorme ; tout le paquet intestinal faisait hernie, et se voyait à travers une pellicule très-légère formée par la distension des membranes du cordon ombilical. La tumeur ainsi constituée offrait vingt-quatre centimètres de pourtour à la base, et vingt-neuf centimètres en passant par-dessus d'un côté à l'autre. L'anneau qui livrait passage aux viscères était formé par un prolongement de la peau sur le cordon, et par l'écartement des fibres aponévrotiques des muscles droits et de la ligne blanche.

Mon premier pronostic fut grave ; je ne pensais pas que l'enfant pût vivre. La sage-femme qui l'avait reçu, madame Brame, ancienne élève de la Maternité de Paris, où elle a obtenu plusieurs prix et une médaille, n'avait jamais vu d'éventration de ce genre, mais seulement de petites hernies ombilicales qui n'excédaient pas la grosseur d'une noix. Dans ma propre pratique, j'avais rencontré des hernies dans le cordon ombilical, mais qui s'étaient toujours facilement réduites par la compression.

Voici toutefois ce que je crus devoir tenter ici. Je commençai par exercer une compression soutenue avec la paume de mes deux mains, afin de faire rentrer le plus de parties qu'il me serait possible ; par ce procédé je réduisis plus de moitié de la hernie. J'appliquai ensuite sur la tumeur des compresses imbibées d'huile ; et par le moyen d'un bandage de corps médiocrement serré, je continuai la compression, et j'engageai la sage-femme à resserrer le bandage quand il se relâcherait.

Je revis l'enfant le lendemain, la tumeur était encore diminuée.

Le 4, nouveau progrès de la réduction.

Le 10, je fus mandé pour voir cet enfant ; il était atteint de convulsions, la hernie était entièrement réduite, le cordon était détaché, et il restait une ouverture de trois centimètres de diamètre, qui était recouverte de bourgeons charnus et formait une plaie unie. Les convulsions cessèrent le lendemain.

En passant par Saint-Pierrebrouck, le 27 août, je trouvai l'enfant entièrement guéri.

(1) C'est à M. *Thelu* que nous devons les renseignements consignés dans notre dernier numéro sur le jeune homme qui a subi la section de quarante-deux muscles ou tendons, et c'est par une erreur typographique qu'on lit M. le docteur *Melu*.

A la place d'une éventration aussi considérable, il existait une cicatrice inégale en losange, ayant de haut en bas un centimètre environ, et six millimètres d'un côté à l'autre. Les téguments s'élevaient en bourrelet au-dessus de la cicatrice.

Depuis lors l'enfant a grandi et est devenue une jeune fille. Je l'ai revue il y a deux ans, jamais elle n'avait éprouvé aucune douleur à cette place.

OBSERVATION D'UN FŒTUS A TERME, MORT-NÉ, AVEC LES SYMPTÔMES DU TÉTANOS; *par le même.*

Obs.—La femme Lenoir, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatique, très-nerveuse et sujette à se contrarier pour le moindre sujet, avait eu déjà deux enfants. A sa première couche, elle avait longtemps été dans les douleurs de l'enfantement, et avait mis au monde un enfant mort. La seconde couche, au contraire, avait été facile et prompte; toutefois l'enfant était fort délicat et ne vécut que six semaines. Elle devint enceinte pour la troisième fois, et je fus appelé à lui donner des soins.

Sa grossesse n'offrit rien de particulier. Une saignée fut pratiquée à demi-terme; la santé demeura d'ailleurs excellente jusqu'à l'époque du travail, qui se déclara le 25 avril à une heure du matin. On vint me chercher à deux heures. La femme était levée, très-pâle; elle avait eu une faiblesse et un vomissement; les douleurs revenaient à intervalles assez longs. Je trouvai au toucher le col de la matrice très-épais et dilaté de cinq centimètres; la poche des eaux était rompue. Je la fis remettre au lit; mais comme dans cette position les douleurs semblaient se ralentir, elle fit un effort pour se lever, et eut encore une légère faiblesse qui se dissipa facilement.

Le travail continua ainsi lentement; la tête descendit dans l'excavation; mais, une fois arrivée à ce point, elle n'y resta pas plus de quelques douleurs; et une douleur expulsive qui ne dura pas deux secondes suffit pour rejeter au dehors un enfant mort, mais parfaitement constitué.

Je fus frappé d'abord d'un certain étonnement à l'aspect de cet enfant. Il n'était ni pâle ni décoloré comme le sont beaucoup d'enfants morts-nés; les membres étaient loin d'être flasques, ainsi que je le dirai tout à l'heure; la peau, sur toute l'étendue du corps, était d'un rouge vermeil, sans aucune nuance violacée comme dans l'état apoplectique. Comme le cordon ombilical formait une anse qui passait sur le derrière du col sans étreindre sa partie antérieure, je commençai par dégager l'anse du cordon en la passant au-dessus de la tête; je cherchai ensuite à enlever les glaires qui se trouvent quelquefois dans la bouche et dans le pharynx, et qui empêchent les enfants de pousser les premiers cris. Je fus très-étonné de trouver la bouche close et serrée comme dans l'état tétanique. J'éprouvai beaucoup de difficulté à l'ouvrir. La langue paraissant comme collée au palais, je pensai que la contraction de cet organe pouvait avoir déterminé l'asphyxie en lui faisant recouvrir le larynx; j'abaissai donc la langue et je passai mon petit doigt jusque dans le pharynx pour le débarrasser des mucosités qui s'y trouvent; mais je le trouvai parfaitement libre. Il y avait contraction et rigidité tétanique des extrémités supérieures. Les bras étaient fléchis sur la poitrine; et malgré les efforts que je fis pour les allonger, ils reprenaient leur première position dès que je les laissais aller. Les extrémités inférieures étaient de même fléchies.

Je procédai sans différer à la section du cordon ombilical, mais je n'obtins pas de sang. Je fis des frictions sur la colonne vertébrale, ainsi que sur la région du cœur, avec de l'eau tiède et de l'eau-de-vie. Je mis l'enfant dans un bain tiède; et, tout en continuant les frictions sur le cœur, je cherchai, par des pressions légères sur les côtes, à établir le mouvement respiratoire; je fis des insufflations par les voies aériennes; et enfin, tout étant resté infructueux, j'examinai la région du cœur à l'aide d'une chandelle, pour voir s'il y resterait quelques petits battements qui soulèveraient la région précordiale. On sait que chez les enfants nouveau-nés, les mouvements du cœur sont très-visibles; et c'est par cet examen que souvent, après une version difficile et laborieuse, je me suis assuré que la vie n'était pas tout à fait perdue, et que j'ai pu ranimer, quelquefois après une demi-heure, des enfants que j'avais crus morts avant cette épreuve. Le cœur ici ne battait plus; tout fut donc inutile. J'aurais désiré faire l'autopsie; mais les parents s'y refusèrent absolument.

Je fais annuellement une centaine d'accouchements, et depuis que j'exerce voilà la première fois qu'un cas de ce genre s'est présenté dans ma pratique. Je n'ai vu dans aucun traité d'accouchements qu'il ait été observé que des enfants soient venus au monde dans un état tétanique; et celui-ci vient de m'en offrir tous les symptômes.

La mère n'avait pas éprouvé de pertes pendant la grossesse, ni pendant qu'elle était dans les douleurs de l'enfantement; aussi l'enfant n'était nullement exsangue ni dans un état de syncope.

Il n'y avait pas de disproportion entre le bassin et la tête de l'enfant; et d'ailleurs rien dans les symptômes n'indiquait un état d'apoplexie.

La mère n'avait pas éprouvé de convulsions avant ou pendant le travail de l'accouchement, ce qui aurait pu contribuer à la mort de l'enfant; elle n'avait eu que deux légères faiblesses, une pendant qu'elle était levée, au commencement du travail, et l'autre en voulant se lever; encore n'avaient-elles pas été jusqu'à la perte de connaissance.

La température de la chambre était plutôt chaude que froide, étant placée au-dessus d'un four de boulanger.

Dans la zone torride, les voyageurs nous apprennent que les négrillons sont atteints du tétanos dans les huit premiers jours de leur naissance, mais non pas qu'ils viennent au monde dans un état tétanique.

Dr Thélu.

Cette observation de M. le docteur Thélu est intéressante. Les fœtus morts pendant un travail long ou rapide, qu'ils soient dans un état d'apoplexie ou d'anémie, loin d'offrir de la roideur, sont au contraire remarquables par le relâchement général de leur système musculaire. Les seules exceptions signalées, encore sont-elles fort rares, ne regardent presque que des fœtus morts pendant un travail compliqué d'éclampsie, et le soin qu'a pris notre honorable confrère de faire observer que la mère n'avait éprouvé, avant ou après l'accouchement, aucun accident convulsif, atteste que ces exceptions lui sont bien connues. On a présumé que, dans ces cas, le fœtus a pu participer à l'affection grave qui avait plus ou moins mis en péril les jours de la femme. Quelle que soit la valeur de cette explication, elle ne saurait être invoquée pour rendre raison des phénomènes observés par le médecin de Dunkerque. Force a donc été de les attribuer à une maladie propre du fœtus, et cette maladie, l'auteur a cru devoir lui donner le nom de tétanos.

Que le fœtus ait souffert des longueurs de la parturition, lorsque les eaux étaient écoulées dès le commencement du travail, et le cordon exposé, par la formation d'un circulaire autour du col, à une compression fâcheuse, cela n'est pas douteux; et il ne l'est guère non plus que, malgré les apparences extérieures contraires, l'autopsie, si elle eût été faite, n'eût révélé un état congestionnel marqué des vaisseaux de l'encéphale. Que de fois n'ai-je pas, pour ma part, même à la suite d'accouchements peu longs, sinon rapides, observé une plénitude excessive du système circulatoire intrà-cranien, sans coloration violacée des téguments. Ne sait-on pas que la persistance de la pléthore cérébrale, après l'établissement lent et difficilement obtenu de la respiration, détermine chez les enfants nouveau-nés des convulsions souvent fatales? Or, ce qui arrive après la naissance ne peut-il pas avoir lieu avant? Une congestion qui ne sera pas assez forte pour éteindre tout de suite la vie fœtale, ne peut-elle pas produire chez le fœtus des convulsions, puis un état plus ou moins prononcé de contracture, au milieu duquel la mort surviendra plus tard? C'est ainsi du moins que je me suis expliqué l'état de rigidité dans lequel j'ai deux fois trouvé le fœtus mort à la suite d'un travail long et pénible.

Quant à la véritable nature de l'affection convulsive à laquelle il me semblait qu'il avait succombé, je ne suis pas allé si loin que M. le docteur Thélu, pensant qu'une conclusion, tirée de l'état du cadavre seulement, ne reposait pas sur une base assez solide, et qu'il fallait, pour lever les doutes qu'un pareil phénomène doit naturellement faire naître, d'autres éléments de conviction. Ils nous ont manqué jusqu'ici, et il est à craindre que pour longtemps encore nous en soyons réduits aux conjectures.

A. D.

BIBLIOGRAPHIE.

Illustres médecins et naturalistes des temps modernes; *par* M. Isidore Bourdon, *membre de l'Académie de médecine* (1).

« Dans ce volume, on raconte avec sincérité la vie studieuse et honnête, modeste ou glorieuse, de vingt hommes d'une haute intelligence, dont plusieurs même furent doués d'un grand génie. » C'est de cette façon modeste que les éditeurs annoncent le nouvel ouvrage de M. Isid. Bourdon; ils ont pensé, avec juste raison, qu'il n'était pas besoin de le vanter autrement, et que le sujet d'une part, et le nom de l'auteur de l'autre, le recommanderaient suffisamment auprès du public. Il se rattache essentiellement à l'histoire de l'art; mais il la présente sous un aspect moins grave que de coutume, et de manière à la mettre à la portée d'un plus grand nombre de lecteurs. L'auteur n'affecte point d'enseigner, il raconte; et quand il vous a entraîné par le charme d'un récit clair, facile et attachant à la fois, vous pensez n'avoir fait que vous distraire, et il se trouve que vous avez appris. Point de hautes prétentions; dans la distribution de ses biographies, il semble même avoir négligé toute méthode; sa méthode, c'est la

(1) Un vol. in-18, format anglais; prix 3 fr. 50 c. — Au comptoir des imprimeurs-unis, quai Malaquais, 15.

variété ; et il s'est attaché particulièrement à rapprocher l'un de l'autre les hommes dont la vie offrait le plus de contrastes. Il prend d'ailleurs dans toutes les époques ; le 17e siècle lui fournit Harvey et Fagon ; le 18e, Boerhaave, Haller, Bordeu, Camper, et Bichat, qui se trouve sur la limite du nôtre ; et enfin, au 19e siècle, il a choisi Cuvier, Lamarck, Corvisart, Hahnemann, Béclard, Dupuytren. Un seul médecin vivant, M. Chomel, a jusqu'à présent obtenu place dans cette galerie ; mais nous espérons bien que M. Bourdon ne s'arrêtera pas à ce premier volume.

Les deux biographies que M. Bourdon a traitées avec le plus de prédilection sont celles de Cuvier et de Dupuytren. Il les a connus tous deux ; il a pu les suivre et les montrer dans leur intérieur et leur extérieur, saisir dans la démarche, le geste, la moindre parole, ce quelque chose de propre et de personnel qui vous fait reconnaître un homme mieux que les plus longs commentaires. M. Bourdon excelle dans ces petits détails, dans cette causerie fine et spirituelle ; et on ne le lit jamais avec plus d'intérêt que quand il vous prend par la main en quelque sorte et vous introduit dans le cabinet de Cuvier et de Dupuytren.

Nous relèverons cependant, dans l'article consacré au grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, une petite anecdote chirurgicale que M. Bourdon a empruntée ailleurs, et qui, sur la foi de cette double autorité, finirait par prendre une couleur historique. Il s'agit d'une femme entrée à l'Hôtel-Dieu avec une amygdale très-gonflée ; Dupuytren, au grand étonnement de ceux qui l'entouraient, aurait reconnu dans ce gonflement une hydatide. On pourrait ajouter au grand étonnement de tous ceux qui ont jamais ouvert un livre de chirurgie. Mais que tout cet étonnement s'apaise devant le fait réel. Dupuytren avait cru à un abcès ; il avait donné un coup de bistouri ; et il reconnut bien à la vérité l'hydatide, mais lorsqu'il la tint dans le creux de la main. L'observation se trouve tout au long dans la thèse de l'interne à qui était échue cette malade, laquelle thèse a été soutenue à la Faculté de Paris. L'observation ainsi corrigée n'est plus aussi merveilleuse ; et je suis moi-même le premier à reconnaître que l'histoire ne vaut pas le roman.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—27 *mai.*— M. Berthold, professeur à Gœttingue, adresse un travail *sur la durée de la grossesse.* D'après ce savant, l'accouchement a lieu après que les règles ont manqué neuf mois, et quand l'ovaire se prépare, à la 10e menstruation. Pour fixer l'époque à laquelle il aura lieu, chez les femmes à menstrues régulières, il faut compter pour la grossesse autant de jours que pour le cycle entier des dix menstruations qui l'ont précédée. En déduisant de ce chiffre douze jours en moyenne, on trouve l'époque régulière de l'accouchement.

3 *juin.* — M. Malgaigne communique un cas de succès de la ligature de l'iliaque externe. (Voir cette lettre dans la *Revue critique.*)

Académie de médecine. — 21 *mai.* — M. Hamel lit un travail *sur l'obésité ou l'état gras du cordon ombilical.* — Commissaires : MM. Moreau, Velpeau, Capuron.

M. Velpeau fait un rapport sur un travail de M. Morand, médecin de la colonie agricole de Mettray, *sur une épidémie d'ophthalmie scrofuleuse.* Le point principal sur lequel insiste l'auteur est la coïncidence de l'inflammation de la pituitaire avec celle de la conjonctive, et l'utilité de les combattre toutes deux en même temps. M. Velpeau critique la dénomination d'ophthalmie *scrofuleuse*, et pense que ce qu'il faut surtout s'appliquer à distinguer, c'est le siége de l'inflammation.

MM. Roux, Martin Solon, Gerdy, s'élèvent contre cette assertion du rapporteur ; mais l'heure avancée oblige de remettre la discussion à une autre séance.

M. Gerdy présente un malade sur lequel il a enlevé une grande partie des deux paupières sans gêne notable pour leurs fonctions, et promet de lire un travail complet sur ce sujet. (Nous ajouterons que ce mémoire est promis au *Journal de chirurgie*, et que nous espérons le donner à nos lecteurs dans notre prochain numéro.)

28 *mai.* — Pour donner suite à une proposition de M. Cornac, relative au placement du buste de Dupuytren dans la salle des séances, l'Académie nomme au scrutin une commission composée de MM. Husson, Cruveilhier et Bégin.

4 *juin.* — *M. Roux*, au nom de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Malgaigne sur la *Myotomie rachidienne*, expose d'abord que la commission s'est constituée, et qu'elle a nommée M. Roux président et M. Velpeau secrétaire. Elle a commencé à

examiner les malades soumis à la myotomie ; mais presque aussitôt des obstacles se sont présentés. Les malades ont refusé de se rendre à l'invitation de la commission ; et il a été évident qu'il ne restait qu'une seule ressource pour arriver à la vérification des faits ; c'était de se transporter chez les malades mêmes. Une décision a été prise à cet effet ; mais alors deux membres formant la minorité ont refusé de s'associer à cette décision ; et la majorité a cru devoir en référer à l'Académie.

M. Adelon pense que cette dissidence n'a aucune importance ; dans toutes les commissions c'est toujours l'avis de la majorité qui doit prévaloir.

M. Gerdy ajoute que la minorité devrait être blâmée.—*M. J. Cloquet*, membre de la minorité, déclare que la décision de la majorité lui a paru peu digne d'une commission académique; et dans tous les cas qu'il n'a pas voulu, en s'associant à de telles démarches, compromettre sa propre dignité.

M. Husson rappelle que, il y a 40 ans, la commission de vaccine, composée de Thouret, Leroux, Sédillot père, Pinel, et dont lui-même faisait partie, n'a pas cru déroger à sa dignité en allant ainsi vérifier au domicile des malades tout ce qui lui paraissait mériter vérification.

M. Adelon rappelle des précédents analogues, l'exemple de la commission des eaux de Vichy, de la commission du magnétisme, etc.

M. Guérin demande la parole. (Non, non! La clôture !)

M. Desportes. Laissez parler M. Guérin ; il va peut-être vous offrir de vous faire voir ses malades. (Rire général.)

M. Guérin déclare que l'enquête que veut faire la commission lui paraît vexatoire, qu'il n'y a pas apporté d'entraves, mais qu'il n'entend nullement s'y prêter.

M. Roux demande qu'on adjoigne deux nouveaux membres à la commission.—Cette proposition est mise aux voix et adoptée. L'Académie devra faire ces deux nominations au scrutin dans la prochaine séance.

Séance du 11 juin.—*M. Roux* croit important, avant d'aller plus loin, de demander à M. Guérin s'il persiste à susciter des obstacles à la commission de la myotomie. Non-seulement M. Guérin s'oppose à l'enquête, ce qui est tout à fait inexplicable ; mais, dans son Journal, il injurie les membres de la majorité de la commission. J'ai eu l'honneur, dit M. Roux de partager ces injures avec MM. Velpeau et Gerdy et plusieurs autres de nos confrères : je dis honneur; car, dans les circonstances actuelles, je déclare que je m'en trouve honoré.

M. Louis lit un discours dans lequel il cherche à établir les trois points suivants : 1° Il est contre toutes les convenances que l'on aille visiter les malades d'un médecin sans son assentiment; 2° Il y a une commission nommée par le conseil des hôpitaux qui s'occupe du même sujet avec tous les matériaux convenables ; 3° La commission de l'Académie ne peut arriver à aucune conclusion ; car, eût-elle vérifié que les 24 malades cités par M. Malgaigne ne sont point guéris, M. Guérin n'a annoncé que 24 guérisons sur 155 malades ; et il sera impossible de dire si les sujets de M. Malgaigne n'appartiennent pas à la catégorie que ceux de M. Guérin lui-même donne comme non guéris.

M. Gerdy. Je suis de l'avis de M. Louis ; non, il n'est pas permis d'aller fouiller dans la pratique privée d'un confrère ; mais il ne s'agit pas de cela ici. Messieurs, si un jour un médecin venait dire et publier : j'ai fait des cures miraculeuses, et que personne n'a faites avant moi ; si cependant, après cette annonce faite à son de trompe, ce médecin se refusait à tout examen, et dérobait à tous les yeux ces succès tant vantés, je dis qu'il est du devoir de la presse médicale, gardienne vigilante de l'honneur, de la dignité, de la vérité de la science, de rechercher ce qu'il y a de vrai ou de faux dans de telles assertions; je dis ensuite que si elle les trouve inexactes, mal fondées, mensongères, c'est pour elle un droit et un devoir de le dire ; c'est faire acte de bon citoyen. (Bravo !) Et si ensuite l'homme dont on contredit les assertions après enquête, crie à la calomnie et ne répond que par des injures, je dis que celui-là seul est un calomniateur. (Vive sensation.) Vous dites que des passions s'agitent sous la question scientifique ; dans ce cas même, quel tribunal plus compétent, plus impartial que l'Académie pour démêler la vérité ? Au nom de l'humanité, au nom de la science, j'adjure donc M. Guérin de nous montrer ses cures ; si elles existent, je serai le premier à les signaler; mais s'il s'obstine à les cacher, je persisterai aussi à croire que cela est louche, et j'engagerai la commission à faire son devoir. Vous dites que les convenances s'y opposent ; entre les convenances d'un côté, le devoir de l'autre, je n'hésiterai jamais à me ranger du côté du devoir. (Applaudissements prolongés.)

M. Royer-Collard, *M. Barthélemy*, *M. Nacquart*, *M. Castel* prennent successivement la

parole. Ils sont frappés surtout du scandale d'une telle discussion; ils craignent qu'elle n'aboutisse à diminuer la considération de l'un des membres de l'Académie, et par suite à compromettre l'Académie elle-même.

M. Velpeau. S'il y a scandale, on doit voir d'où il vient et quelle en est la source. C'est à tort d'ailleurs qu'on a prétendu que la commission nommée par le conseil des hôpitaux avait la même mission que nous; sa mission est tout à fait différente.

M. Orfila déclare que la commission des hôpitaux est instituée pour vérifier les faits de M. Guérin.

M. Velpeau, M. Roux, M. Gerdy s'élèvent à la fois contre cette assertion; la commission des hôpitaux n'a pas à s'occuper des faits passés.

M. Orfila. C'est à bon escient (*sic*) que le conseil n'a pas voulu charger la commission de l'examen des faits passés; mais elle examine les faits présents et à venir, et il n'est pas à présumer que les résultats soient différents en 1844 de ce qu'ils ont été en 1840.

M. Desportes déclare que la commission des hôpitaux a été nommée sous des influences telles qu'elle est frappée de discrédit par avance.—*M. Blandin* réclame vivement contre cette assertion.

Après une discussion orageuse, trois propositions sont soumises au jugement de l'Académie. D'abord l'ordre du jour, consistant à nommer deux nouveaux membres pour renforcer la commission. Il est mis aux voix et rejeté. Une autre proposition aurait pour effet d'annuler tout ce qui a été fait, et d'empêcher la commission de poursuivre ses travaux. Elle est également rejetée. En conséquence, la commission est maintenue telle qu'elle est, et avec la mission qu'elle avait reçue.

—Dans les dernières séances de la *Société pathologique de Dublin*, on a fait voir des pièces très-intéressantes concernant des terminaisons bien rares de la coxalgie. M. Adams a montré une tête de fémur nécrosée et détachée sur un enfant de 6 ans, malade depuis deux ans, et guéri à la suite de cette exfoliation. C'est le troisième cas de ce genre qu'il communique à la Société, et les trois malades avaient guéri.

M. R. W. Smith a fait voir une tête de fémur qui s'était luxée sur l'os iliaque, sur un sujet de 14 ans, malade depuis deux mois seulement. Les téguments furent pris de gangrène au-dessous de la tête, qui se trouva ainsi faire saillie à l'extérieur; et la mort arriva quatre mois après la luxation.

Enfin M. Adams a communiqué le cas d'une luxation du même genre et par la même cause chez un homme de 60 ans; la suppuration emporta le malade.

—M. Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

La même distinction a été accordé à M. Furnari, dont le Rapport sur les maladies des yeux en Algérie vient d'être traduit en arabe par ordre du ministre de la guerre.

—Il nous faut bien, pour être exacts, annoncer une grande nouvelle, qui égaye depuis quelques semaines tous les chirurgiens de Paris. La *Gazette médicale* a annoncé de nouvelles conférences à l'hôpital des Enfants, dans lesquelles M. J. Guérin démontrera un procédé pour pratiquer l'*opération césarienne* SOUS-CUTANÉE. La *Gazette* remarque naïvement que cela pourra étonner ses lecteurs. Il nous semble que depuis quelque temps ils ne doivent plus s'étonner de rien.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, par MM. ROCHE, SANSON et LENOIR. — Cinq vol. in-8°. Prix, 36 francs. — Chez *J.-B. Baillière*, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine. —Le 5e volume vient de paraître; nous en rendrons compte prochainement.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES MALADIES SCROFULEUSES, par J.-G.-A. LUGOL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.—Un vol. in-8°, Paris, 1844. – Prix, 7 fr.—Chez *Fortin-Masson et Cie*, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JUILLET 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe de l'œil, *et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert*; par **P.-N. GERDY**, *chirurgien de l'hôpital de la Charité de Paris.*

Le renversement des cils contre la surface de l'œil par une simple déviation des cils, connue sous les noms antiques de *trichiasis, distichiasis, phalangosis*, ce renversement produit par l'inclinaison du bord des paupières en dedans désigné sous le nom d'*entropion,* a fixé l'attention des médecins et des chirurgiens depuis les temps les plus reculés, par suite des tourments que ces affections causent aux malades, et de la perte de la vue qu'elles peuvent entraîner.

Mais, comme ces maladies ne cèdent pas à des moyens pharmaceutiques, il a fallu en appeler à la chirurgie ; comme la chirurgie reste également impuissante dans une foule de cas, on a été conduit à essayer toutes sortes d'opérations, depuis les plus raisonnables jusqu'aux plus ridicules. On les a modifiées de mille et mille manières, en ajoutant, retranchant, changeant quelque chose aux opérations primitives, et en en combinant de toutes façons les manœuvres élémentaires. Ce serait faire beaucoup trop d'honneur à tous ces procédés et à tous ces procédoncules, et donner la preuve de bien peu de critique, que de chercher à les citer tous. Nous tâcherons d'être plus court et plus exact qu'on ne l'a été sur ce sujet.

D. Leclerc qui nous a laissé un travail si savant sur l'histoire de la médecine, manque ici, comme en bien d'autres endroits, de cette critique si nécessaire en histoire. Les ouvrages attribués à Hippocrate II, et réunis sous son nom, ne peuvent plus être regardés que comme une exposition de la médecine antique des Grecs altérée par une foule d'interpolations et d'additions bonnes ou mauvaises. Ainsi je regarde comme une addition ridicule au livre *du régime dans les maladies aiguës*, le passage suivant qui ne se rapporte en aucune manière au sujet du livre : « mettez un fil dans le chas d'une aiguille, passez-le à travers la peau, vers le bord libre de la paupière supérieure ; passez en un autre un peu au-dessous ; nouez ensemble les deux anses, que vous laisserez en place jusqu'à la chute de la ligature. Si cela suffit, c'est bien ; sinon, c'est-à-dire si les cils ne sont pas assez renversés en dehors, vous recommencerez l'opération (1). »

Bien que cette opération soit peu rationnelle, peu propre à remplir sa destination et n'ait guère mérité l'honneur d'une citation, surtout à cause de son obscurité, croirait-on que Leclerc en fait un roman plus inintelligible encore? Hippocrate, suivant lui « *donnait particulièrement des preuves de son adresse et de sa dextérité* dans la cure de la maladie qu'il appelle trichiasis... Il prenait une aiguille enfilée qu'il passait par la partie supérieure et la plus tendue de la paupière jusqu'en bas ; et il en passait une autre plus bas au-dessous de l'endroit où la première avait été passée ; cousant ensuite et liant les deux filets ensemble jusqu'à ce que les poils tombassent (2). » Je dis que c'est un roman ; en effet, où Leclerc a-t-il vu qu'Hippocrate donnait particulièrement des signes de son adresse et de sa dextérité dans la cure du trichiasis? Dans le livre qu'il cite il n'y a rien de plus que ce que j'en ai rapporté. Quant à l'obscurité, elle doit être évidente pour tout le monde.

Dujardin (3) reproduit la traduction de Leclerc en l'éclaircissant un peu ; mais ce qu'il dit n'est évidemment qu'une citation de citation. Sprengel, qui paraît du moins avoir pris la peine de remonter à la source, fait parler le livre hippocratique un peu différemment (4) ; mais il reste encore de l'obscurité sur le procédé opératoire.

Par suite de ce manque de précision et de clarté, si commun chez les anciens, nous ne sommes pas plus heureux en passant à Celse. Il veut que l'on cautérise le bord libre de la paupière, en trois fois, et par tiers à chaque fois (5), si je le traduis bien en l'interprétant comme Dujardin et comme F. d'Aquapendente, et contrairement à Daleschamps (6), à Ninnin, à Sprengel, etc. (7).

Celse parle ensuite d'un procédé de redressement fait avec un cheveu de femme, qui ne mérite pas de nous arrêter, quoique les historiens ne manquent pas de le rapporter tout au long. Enfin, lorsque le trichiasis provient du relâchement de la paupière, Celse pense qu'il convient d'exciser la peau des paupières, en faisant d'abord un pli parallèle à la longueur de la paupière, afin d'apprécier la quantité qu'on doit en retrancher pour redresser les cils renversés ; puis il fait une incision longitudinale sous le cartilage tarse dont on comprendra plus bas l'intention, car Celse ne l'explique pas : aussi a-t-elle échappé aux historiens et surtout aux citateurs superficiels.

Suivant Sprengel (8), il est vraisemblable qu'Héraclide guérissait la trichiase en collant les cils sur la face externe des paupières ; car Galien nous a conservé la recette de plusieurs emplâtres agglutinatifs qu'Héraclide avait imaginés pour cette indication. Si Sprengel eût voulu faire preuve d'un peu de critique, il aurait dû dire, au contraire,

(1) Hippocrate, t. 3, p. xlv, Paris, 1840, trad. de Littré.
(2) Hist. de la méd., 1re part., l. 3, ch. 18, p. 232. Amsterdam, in-4°, 1723.
(3) Hist. de la chir., in-4°, p. 226, Paris, 1774.
(4) Hist. de la méd., t. 8, Paris, 1820, p. 3, trad. de Jourdan.
(5) Celse, l. 7, ch. 7, § 8.
(6) Annot. au chap. 8 de Paul d'Egine, traduct. française de Paul.
(7) *Loco citato.*
(8) *Loco citato*, p. 4.

que ce moyen était impuissant, du moins dans un trichiasis réel ; ce moyen n'en a pas moins été recommandé cent fois depuis Celse jusqu'à nos jours, et les citateurs ne manquent pas de le mentionner. Peut-être Sprengel eût-il mieux fait encore de n'en point parler. Si l'histoire voulait mentionner des remèdes d'une aussi mince valeur, où en serait-elle, où en seraient les lecteurs? Aussi je n'en parlerais pas moi-même si ce n'était pour faire la critique de cet abus des citations, et pour montrer qu'il faut du choix dans les citations.

Au rapport de Galien, Papias arrachait les cils et frottait le bord de la paupière avec le dropax qui était un topique rubéfiant (1). Bien que l'arrachement des cils déviés fût une idée si naturelle qu'elle dût se présenter d'abord à l'esprit, ce moyen est insuffisant. Il a néanmoins été conseillé et employé depuis, à toutes les époques de l'art. On a prétendu, il est vrai, qu'en le répétant un grand nombre de fois les cils finissaient par s'affaiblir et ne plus reparaître. Galien n'a rien écrit par lui-même sur ce sujet qui mérite de nous arrêter.

Paul d'Égine donne le nom de *distichiasis* à une affection qui consiste dans un double rang de poils aux paupières ; dans cette maladie, il coud quelquefois la paupière par une opération qu'il nomme ἀναῤῥαφή ; il en use de même dans le *phalangosis* quand le cartilage incline au dedans de l'œil ; enfin il en use dans le relâchement de la paupière. Il commence par renverser la paupière, par diviser le cartilage tarse d'une extrémité à l'autre ; ensuite il fait sur la peau une excision en forme de feuille de myrthe avec un bistouri particulier ; alors il éponge la plaie et en coud les bords ; enfin il fixe au front le bout du fil avec un emplâtre visqueux ; suivant lui, cette opération est la plus commune. Mais si le poil pique seulement en quelque partie de la paupière, en ce seul endroit l'opération doit être faite. Il a connu des maîtres qui ne faisaient point de couture après l'excision. Un autre ne coupait point la peau, il la pinçait entre deux attelles jusqu'à ce qu'elle tombât sphacélée (2).

L'incision intérieure du cartilage est destinée à favoriser son renversement en dehors (3). C'était pour cela aussi que l'on collait au front le bout du fil. Voilà donc l'intention de l'incision interne du cartilage tarse découverte. Nous la verrons reparaître ramenée par le même motif dans les procédés de MM. Crampton et Guthrie. Paul cautérisait aussi la surface des paupières avec le feu, de préférence au caustique qu'il employait à plusieurs reprises par nécessité chez les malades timides (4).

Les Arabes ne me paraissent rien offrir de nouveau, non plus que les Arabistes. Guy de Chauliac ne reproduit lui-même qu'avec servilité les méthodes mentionnées jusqu'ici (5).

J. de Vigo ne sait opposer au trichiasis que des drogues ridicules, dans l'esprit d'un temps où la chirurgie était devenue très-humble et très-petite, quoiqu'elle commençât à se relever (6).

Paré qui, à l'exemple de Galien, mentionne plus d'une centaine de maladies des yeux, combat le relâchement de la paupière et le trichiasis comme la plupart de ses prédécesseurs (7). Guillemeau, son élève, rappelle aussi les nombreuses espèces admises par les anciens et le traitement de l'excision décrit par Celse qu'il se borne à reproduire (8).

(1) De compos. med. sec. loc., lib. 4, cap. 8.
(2) Paul, trad. de Daleschamps, ch. 8, p. 35, Paris, MCDX.
(3) Voy. Annot de Daleschamps, p. 39.
(4) *Ib.*, ch. 9.
(5) Traité 2, doct. 2, ch. 2, part. 2, p. 503, in-12, Lyon, 1579.
(6) De Vigo en français, 1537, l. 4, tr. 1, p. 190.
(7) Opérat. de chir., ch. 5.
(8) Mal. des yeux, ch. 18, 19.

Bartisch, célèbre oculiste allemand, imitant le procédé mentionné dans Paul, fait un pli longitudinal à la peau de la paupière, puis le pince entre deux mors rapprochés l'un de l'autre par une vis de pression jusqu'à ce que le pli tombe sphacélé (1).

Fabrice d'Aquapendente traite le trichiasis de la manière indiquée par Celse. Il cautérise le bord de la paupière et les racines des cils, en trois fois, et par tiers à chaque fois, comme Celse. Quand la paupière relâchée s'abaisse et que les cils se renversent sur l'œil, « je mets, dit-il, sur toute ladite paupière un glutinatif avec deux petites attaches déliées, et une autre semblable au front, sur le sourcil; alors tirant les deux petites attaches d'en haut, je les noue avec celles d'en bas et ainsi on fait ouvrir l'œil (2). » Si l'illustre professeur de Padoue n'eût jamais rien fait de mieux que cette suture sèche dont il n'est pas l'inventeur, il n'eût pas laissé un aussi grand nom que celui qu'il possède, si légitimement, dans l'histoire des sciences. Néanmoins Scultet (3), Dionis (4) adoptent son procédé.

Ch. Erndl fit la singulière proposition de couvrir l'œil avec un œil artificiel très-mince, poli et transparent, pour mettre l'œil naturel à l'abri de l'action irritante des cils (5). Verduin, célèbre chirurgien d'Amsterdam, modifia légèrement l'instrument et l'opération de Bartisch (6), qui le furent encore par Raw. Ce dernier en disputa l'invention à Ruysch qui la rapportait à Verduin. Heister, qui nous apprend ces particularités, propose, quand l'arrachement et la cautérisation sont repoussés par le malade, d'exciser le bord de la paupière avec tous les poils, au moyen de ciseaux (7); mais ce qu'il dit de Cortumius, qui préférait à l'excision la destruction du bord des paupières par le caustique, prouve que le procédé si rationnel de l'excision n'était pas nouveau. Il en est souvent ainsi des procédés très-simples et très-rationnels, ils viennent successivement à l'esprit de beaucoup de personnes qui ne savent pas qu'elles ont été devancées. Les inventeurs de beaucoup d'historiens ou de citateurs peu sévères ne sont fréquemment que des inventeurs de cette espèce. Il est en général difficile de mettre la main sur les premiers inventeurs, surtout quand les inventions sont faciles et très-raisonnables. C'est ainsi que Beer, après une foule d'autres, a proposé de *friser* les cils déviés pour les éloigner de l'œil (8); que Ch. Bell a conseillé l'incision de la conjonctive lorsqu'il la regarde comme la cause de l'entropion (9), quoique ce soit un très-mauvais procédé; que l'on préconise de nos jours, la caustication répétée sur la peau de la paupière d'après M. Quadri de Naples ou tel autre, bien que cette méthode soit décrite en Paul d'Egine comme une méthode *des anciens* et qu'elle ait été souvent employée depuis, ainsi que la cautérisation, et d'une foule de manières, sur la paupière ou sur les cils. C'est ainsi que les excisions verticale, transversale ou cruciale (10) de la peau de la paupière, avec ou sans suture du pli de la peau ou des bords de la plaie, proposées depuis le commencement de ce siècle, remontent à la méthode décrite dans Celse, dans Paul et une foule d'autres auteurs; que la destruction d'un pli de peau par pincement se trouve encore dans Paul, et a été pratiquée par Bartisch avec une pince, puis par Verduin avec une pince trouée pour coudre en même temps la base du pli, comme je l'ai dit plus haut.

C'est encore ainsi que la double incision perpendiculaire du bord libre de la paupière et

(1) Voy. Heister, Instit. de chir., part. 2, sect. 2, ch. 45, pl. 15, f. 19, édit. franç., in-4°.
(2) Œuv. chir., édit. franç. de Lyon, 1666, p. 540.
(3) L'Arsenal de chir., tab. 34, f. 8.
(4) Sixième démonst., f. 34.
(5) Sprengel, t. 8, p. 52, trad. de Jourdan.
(6) Heister, Instit. de chir., part. 2, sect. 2, ch. 45, f. 21.
(7) *Ibid*, ch. 46, § 3.
(8) Sprengel, *loco cit.*, p. 143.
(9) *Ib.*, p. 159.
(10) *Voy.* Méd. opér. de M. Velpeau, t. 3, p. 359.

du tarse de chaque côté des cils déviés, pour ramener le cartilage en avant et l'y maintenir par des agglutinatifs ou un moyen suspenseur, décrite par S. Cooper d'après Crampton (1); l'opération plus obscure et plus mauvaise qu'il décrit longuement d'après Guthrie, et dans laquelle la paupière et le cartilage sont incisés bien plus profondément vers leurs extrémités, ne sont encore que des modifications du procédé de Celse, reproduit en détail dans Paul.

L'excision d'une pièce triangulaire au bord libre des paupières pour enlever les cils déviés et réunir les bords de la plaie, comme l'a proposé Schreger, me paraît plus originale (2).

L'excision du bord cilifère de la paupière que l'on rapporte à Jœger (3) à Saunders (4); le procédé de Vacca (5) qui consiste à détruire la racine des cils par la cautérisation ou par l'instrument tranchant qui est aussi un procédé de la même méthode, n'appartiennent ni l'un ni l'autre à une pensée nouvelle. En effet, on lit dans Heister (6) que « Cortumius, dans une thèse sur le trichiasis, soutenue en 1724, sous la présidence de Goelicke, propose de consumer le bord de la paupière et le cil avec la pierre infernale, au lieu de la couper avec des ciseaux. » Vous voyez qu'Heister parle ici de l'excision, comme on le fait d'une méthode vulgaire. Quant à la cautérisation du bord cilifère, elle remonte très-loin; on l'a souvent conseillée pour détruire une partie ou la totalité des bulbes cilifères. Il est vrai que Vacca n'a opéré cette destruction que pour trois trichiasis partiels et non généraux qu'il a guéris. L'excision de tous les bulbes, conseillée encore par Saunders, sans exciser le cartilage, est originale (7), mais je doute qu'on doive la préférer à l'excision du bord palpébral dans toute son épaisseur à la fois. Elle doit être fort laborieuse pour le chirurgien, pénible pour le malade et rendre la paupière plus difforme que l'excision palpébrale du bord entier.

Si tous les moyens dont je viens de parler se rattachent plus ou moins facilement aux méthodes anciennes, il n'en est pas de même des procédés qui consistent à fendre verticalement la paupière au milieu de sa largeur ou sur les côtés, comme l'a proposé M. Ware (8), ou à y pratiquer seulement une boutonnière verticale comme le fait M. Tyrrell (9), ou à couper les fibres charnues du muscle palpébral comme le pratique M. Cunier (10), ou à le diviser par la méthode sous-cutanée ainsi que l'ont fait MM. Pétréquin, de Lyon, et Blackman, d'Amérique (11), dans les cas où la paupière est raccourcie et fortement appliquée à l'œil par une inflammation chronique ou une affection spasmodique.

En résumé, pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans cette multitude d'opérations contre le renversement des cils dans l'œil, nous les rattacherons aux méthodes suivantes :

1° *Redressement ou renversement* des cils par des moyens mécaniques, des emplâtres, comme le faisait Héraclide, et par des ophthalmostats, puisque MM. Middlemore et Tyrrell en ont proposé (12);

2° *Arrachement* unique ou répété jusqu'à l'épuisement des bulbes, qui se perd dans la nuit des temps et de l'histoire;

---

(1) Dict. de chir., trad. française, t. 2, p. 528.
(2) *Ibid.*, p. 528.
(3) Mackenzie, trad. par Laugier et Richelot, p. 163.
(4) S. Cooper, *loco cit.*, p. 528.
(5) Archiv. de méd., t. 9, n° 392, et Bullet. de Férussac, 1826, t. 1, p. 361.
(6) *Loco cit.*, part. 2, sect. 2, chap. 46, édit. in-4°, p. 533.
(7) Mackenzie, *loco cit.*, p. 168.
(8) Mackenzie, *loc. cit.*, p. 160.
(9) Rognetta, Traité phil. et cliniq. d'ophthalmologie, p. 681.
(10) *Ibid.*
(11) *Ibid.*, p. 682.
(12) *Ibid.*, p. 679.

3° *Arrachement et topiques irritants ou cathérétiques* pour détruire ou fermer les bulbes cilifères, comme le faisait Papias, au rapport de Galien ;

4° *Cautérisation ou caustication* du bord de la paupière unique ou répétée, pour détruire les bulbes, méthode décrite par Celse, puis à toutes les époques de l'art ;

5° *Cautérisation ou caustication* unique ou répétée de la peau de la paupière, ancienne méthode décrite par Paul ;

6° *Ablation de la peau de la paupière* avec ou sans incision du cartilage tarse, par incision ou excision de la peau, avec ou sans suture des bords de la plaie, avec ou sans agglutinatifs ; méthode fort ancienne décrite dans Celse et Paul d'Egine ;

7° *Ablation de la peau de la paupière par pincement*; méthode décrite par Paul, avec procédés à peine différents, proposés par Bartisch, Verduin, etc. ;

8° *Excision* partielle ou totale du bord de la paupière ; méthode vulgaire du temps d'Heister, et depuis employée par des procédés divers, par Jœger, Saunders, Vacca, Schreger, etc. ;

9° *Blépharotomie* extérieure ou sous-cutanée de MM. Ware, Tyrrel, Cunier, etc.

(*La fin au prochain numéro.*)

Recherches sur la structure de l'utérus, *lues à l'Académie des sciences, le 20 février 1843; par* M. **Jobert** (*de Lamballe*).

L'un des besoins de la science les mieux compris par les anatomistes et les chirurgiens modernes, c'est d'arriver à la connaissance exacte de la structure intime des organes. A mesure que la physiologie et la pathologie secouent le joug des spéculations, et que les moyens d'observation se perfectionnent, l'anatomie est appelée à résoudre les problèmes les plus élevés ; ce n'est plus seulement à la considération des rapports et des formes, mais à l'étude de la texture intime des parties que l'on demande le secret de théories délicates et difficiles. Cette voie merveilleusement tracée par les Bichat et les Hunter, parcourue de nos jours par tant d'hommes de mérite, doit s'élargir encore ; et seule, elle semble pouvoir nous conduire à pénétrer le mystère des fonctions et des troubles de l'organisme.

Mais, pour atteindre ce but, les recherches ne doivent pas s'arrêter à l'examen des tissus dans l'état de santé et de maladie ; elles doivent s'appuyer encore sur l'anatomie comparée, employer les ressources de la chimie, et les instruments précieux que nous fournit la physique.

Il y a longtemps que je dirige mes études dans ce sens, et, après les avoir appliquées à la connaissance d'un organe aussi important que complexe, j'ai cru qu'un exposé succinct de leurs résultats offrirait peut-être quelque intérêt.

Une autre considération m'invitait à présenter ce travail : dans une science telle que l'anatomie, qui vise à figurer au rang des sciences exactes, le désordre des opinions ne saurait être toléré ; or, il est peu d'organes dont la nature et la composition fournissent encore matière à plus de controverses que celui qui nous occupe ; je veux parler de l'utérus.

On s'accorde généralement à admettre que l'utérus est formé d'un tissu propre, de deux membranes, de nombreux vaisseaux qui charrient le fluide nourricier, et enfin de tissu cellulaire unissant toutes ces parties.

Examinons d'abord le dernier de ces éléments. On admet l'existence d'un tissu cellulaire sous-péritonéal, servant de moyen d'union entre la séreuse abdominale et le tissu utérin lui-même, qu'il envelopperait de toute part. Quelques auteurs assignent même à ce tissu les caractères physiques du tissu fibreux jaune ; d'autres enfin admettent qu'il peut subir la transformation musculaire, et prétendent avoir constamment observé ce phénomène sur les utérus de femmes mortes pendant la grossesse ou après l'accouchement.

Mes recherches m'ont d'abord conduit à établir, contrairement à ces assertions, qu'il

n'existe ni tissu cellulaire, ni tissu fibreux jaune sous le péritoine qui revêt le corps de l'utérus; tandis que le premier de ces tissus est évident à toutes les époques de la vie, pendant la grossesse et après l'accouchement comme dans l'état de vacuité, autour des trompes, des ligaments ronds, des ovaires et d'une portion du col.

Je me suis assuré en outre, d'une manière positive, que la séreuse péritonéale est unie au tissu utérin, *dans toute l'étendue du corps*, au moyen de fibres musculaires tellement adhérentes, qu'il est difficile, excepté au niveau du col, d'en opérer la séparation sans enlever quelques-unes de ces fibres. Lorsqu'on pratique cette séparation sur la face postérieure de l'utérus, on remarque une disposition longitudinale dans les fibres ainsi arrachées; sur la face antérieure, au contraire, ce même décollement montre des fibres transversales et obliques, et sur le fond la direction des fibres varie et ne peut pas toujours être déterminée.

Cette union du péritoine et du corps de l'utérus est encore évidente dans la femelle du singe, la truie, la brebis et la jument, chez lesquelles le tissu cellulaire abonde autour du conduit vaginal et dans les ligaments larges. L'adhérence entre le *péritoine et les cornes de l'utérus,* est produite également par des fibres charnues.

Ainsi je crois qu'on peut établir en loi que le péritoine est uni au tissu propre du corps de la matrice par des fibres musculaires, chez la femme et les animaux; et que cette union ne se fait jamais à l'aide de tissu fibreux jaune ou de tissu cellulaire; lequel abonde, au contraire, dans toute la série animale, autour du col utérin, du conduit vaginal et des ligaments larges.

Quant au tissu cellulaire admis dans l'épaisseur de la substance propre de l'utérus, je n'en ai pu trouver aucune trace.

Si nous portons maintenant notre attention sur la surface interne, nous trouverons la même incertitude et une discordance plus grande encore dans les opinions des anatomistes.

Existe-t-il en effet une membrane muqueuse à la surface de la cavité utérine? Il faut avouer que la plupart de ceux qui l'admettent ont invoqué des analogies plutôt que des preuves anatomiques. Ils se fondent sur ce qu'une muqueuse seule peut fournir du mucus dans l'état sain, des mucosités purulentes dans l'état inflammatoire; permettre le développement de polypes, donner lieu à des exhalations sanguines, et présenter des villosités, caractères qui se retrouvent tous à la surface de la cavité utérine. Rœderer seul peut-être avait admis cette membrane d'après l'inspection anatomique: « J'ai vu, « dit-il, une membrane interne, un peu molle, ténue et comme villeuse. » (*Membranam internam molliusculam, tenuem vidi et modicè quasi villosam...*) Mais les anatomistes modernes les plus distingués, Béclard, Chaussier, MM. Ribes, Moreau et Breschet n'ont pu apercevoir cette membrane, même après avoir soumis l'utérus à la putréfaction et à l'ébullition; et s'ils admettent son existence à la fin de la grossesse, c'est simplement comme membrane de nouvelle formation.

Les expériences nombreuses auxquelles je me suis livré me paraissent de nature à ne plus laisser de doute sur l'existence d'une muqueuse utérine. Le principal obstacle à sa démonstration anatomique me semble avoir été causé par l'absence du tissu cellulaire entre cette membrane et la substance propre de la matrice, d'où résultait une sorte de fusion entre ces deux parties; cependant la section longitudinale ou transversale de l'utérus, en laissant voir une couche très-mince, mais distincte du tissu propre, et dont la surface libre qui correspond à la cavité utérine est remarquable par son poli et son enduit muqueux, suffirait déjà pour faire admettre cette membrane; mais si l'on a recours à la macération, il ne reste plus le moindre doute. Lorsqu'on place un utérus ouvert dans une eau très-pure, on aperçoit d'abord des villosités qui disparaissent par le séjour prolongé de cet organe dans le même liquide, au fond duquel se dépose une pulpe blanchâtre. C'est alors que l'on peut enlever des lambeaux qui appartiennent évidemment à cette membrane, et au-dessous desquels apparaît une surface rugueuse, inégale et garnie d'aspérités.

La muqueuse utérine dans la femelle du singe m'a paru moins contestable encore que chez la femme, et j'ai pu, à l'aide de la coction, enlever une pellicule mince qui m'a semblé être un épiderme délicat. Cette membrane contenait des follicules, tant dans le col que dans le corps.

Les lacunes qui se montrent en petit nombre à la surface interne du corps de l'utérus, et que la macération rend très-visibles, deviennent beaucoup plus nombreuses à la surface interne du col, où elles forment une série de petites cavités dont l'étendue, la direction, le nombre et les diamètres sont différents aux diverses époques de la vie et suivant que la femme a eu des enfants, que l'utérus a été le siége de maladies, etc. Ces cavités sont en quelque sorte des rudiments de follicules, et fournissent encore une preuve de l'existence de la membrane muqueuse. Les cloisons qui séparent ces cavités offrent une direction perpendiculaire à celle des deux sillons qui divisent longitudinalement les deux faces du col, et sont, ainsi que les cavités elles-mêmes, de nature muqueuse, comme le démontre la macération et l'ébullition qui les détruisent sans que le tissu propre soit altéré. J'ai reconnu que ces lacunes sont d'autant plus nombreuses que le sujet est plus jeune. On en trouve à peine quelques-unes chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, tandis qu'on aperçoit alors des saillies inégales qui paraissent être le résultat de la réunion de plusieurs de ces lacunes, ou des cicatrices, suite de leurs déchirures. Les lacunes situées près de l'orifice externe du col utérin, celles qu'on rencontre sur le museau de tanche, se rapprochent davantage des follicules sébacés ; ici elles forment un petit sac pourvu d'un collet, d'une ouverture qui verse le mucus sécrété, et d'un fond qui sert de réservoir. Il arrive quelquefois que ces follicules s'oblitèrent par suite d'inflammation adhésive ; et le mucus étant retenu dans leur cavité, il en résulte de véritables kystes. Dans d'autres cas, une grande quantité de mucus est sécrétée et ne peut sortir par l'orifice étroit du col utérin. Alors, peu à peu, les lacunes s'agrandissent, et tout le col présente une augmentation notable de volume. J'ai désigné cet état particulier sous le nom d'*hydropisie du col de l'utérus* (1).

J'arrive maintenant à la nature du tissu propre de l'utérus et à l'arrangement des fibres qui le composent. Aucune question anatomique n'a peut être donné lieu à plus de débats que celle-ci. Les uns, en effet, regardent le tissu utérin comme un tissu spécial et sans analogue, d'autres comme un tissu de nature musculaire ; plusieurs soutiennent qu'il contient de la fibrine et peut se transformer en muscle, mais qu'il appartient réellement au tissu fibreux jaune. A cette opinion, il suffit d'objecter que rien n'est moins démontré que la possibilité de cette transformation, niée par M. de Blainville, du tissu fibreux jaune en tissu musculaire ; mais la chimie offre un argument péremptoire, en établissant qu'il n'existe aucune trace de fibrine dans ce tissu. Or, la chimie a démontré la présence de la fibrine dans le tissu de la matrice, dans toutes les conditions de la vie ; ce qui dispense de recourir aux transformations pour expliquer l'hypertrophie de cet organe pendant la grossesse, et pour reconnaître la nature musculaire.

M. Caventou a bien voulu, à ma prière, analyser l'utérus d'une jeune fille de sept à huit ans, et il l'a trouvé d'une nature complétement fibrineuse et absolument dépourvu de gélatine. Je me crois donc fondé à affirmer que l'utérus est formé par du tissu musculaire, à toutes les périodes de la vie ; que les caractères de ce tissu deviennent seulement plus évidents pendant la grossesse, sous l'influence de laquelle les fibres difficiles à reconnaître dans l'état de vacuité, s'hypertrophient de manière à pouvoir être étudiées sous le point de vue de leur nature et de leurs directions. C'est à l'arrangement des fibres de l'utérus, à leur finesse, et surtout à leur rapprochement intime produit par l'absence du tissu cellulaire dans l'épaisseur de cet organe, que l'on doit attribuer la diversité d'opinions des auteurs. Quant à la nature du tissu utérin et même quant à la disposition des fibres qui le constituent, de grands anatomistes, en effet, Vésale et Mal-

(1) Voir le Mémoire de M. Jobert sur cette affection, t. Ier du *Journal de Chirurgie*, p. 265.

pighi désespéraient d'arriver à reconnaître et démontrer cette disposition; et tous ceux qui ont entrepris d'élucider ce point difficile d'anatomie n'ont jamais pu s'accorder sur leurs résultats. C'est ainsi que Ruysch décrit un muscle orbiculaire; Hunter, des couches entrecroisées; Leroy, deux muscles, l'un interne et l'autre externe; Meckel, des couches principales et des couches secondaires; Baudelocque, des anses parallèles constituant le corps et le fond, et des cercles horizontaux formant plus spécialement le col. D'autre part, Mme Boivin, ayant étudié avec plus de soin la structure de l'utérus, y a reconnu un faisceau longitudinal antérieur et un faisceau longitudinal postérieur, qui tous deux partent du fond pour se terminer au col; puis antérieurement et postérieurement trois plans de fibres transversales, qui se perdent dans les trompes, les ligaments de l'ovaire et les ligaments ronds; puis encore deux plans circulaires profondément situés qui se croisent et dont le centre correspond à l'embouchure des trompes; enfin une couche mince rapprochée de la surface interne.

C'est en présence de ces opinions contradictoires qu'un anatomiste a cru pouvoir dire: les anatomistes ont moins vu qu'imaginé les muscles utérins dont ils ont prétendu donner la description. C'est aussi au milieu de cette incertitude qui ramenait presque la science au point où Vésale et Malpighi l'avaient laissée, que j'ai entrepris mes recherches. Je les ai poursuivies avec tout le soin qu'exige une question difficile et controversée; et je n'ai tiré mes conclusions qu'*après les avoir étendues à toute la série animale*. Je crois aujourd'hui pouvoir établir que l'utérus est formé d'un seul muscle, dont les fibres disposées en couches superposées offrent les directions suivantes:

1° Les fibres longitudinales superficielles qu'on peut appeler *médianes* parce qu'elles occupent le raphé (ligne médiane) du corps de l'utérus, existent rarement à la surface antérieure; tandis qu'on les rencontre constamment sur la postérieure, où elles représentent deux minces couches superposées, commençant au fond de l'utérus pour gagner l'extrémité utérine du vagin, où elles se fixent, excepté quelques-unes qui se terminent sur le col, au-dessus de l'ouverture du conduit vulvo-utérin. Elles adhèrent d'une part au péritoine et de l'autre aux fibres obliques;

2° Les fibres superficielles de la face antérieure de l'utérus forment une couche recouverte par le péritoine, et reposant d'autre part sur les fibres profondes; telle est leur disposition qu'elles ne parcourent pas toute l'étendue de la paroi utérine qu'elles concourent à former, mais se croisent avant d'avoir atteint le ligament rond du côté opposé. Les unes entrent dans sa composition, tandis que les autres passent derrière lui pour se terminer sur les parties latérales, où elles se croisent également avec celles de la partie postérieure;

3° Les fibres superficielles qui nous restent à indiquer sont destinées aux trompes et aux ligaments des ovaires. Celles-ci ne sont évidentes que pendant la grossesse; quelques-unes naissent du fond de l'utérus, accolées à celles qui viennent former les trompes, et gagnent la partie antérieure du ligament de l'ovaire en se contournant légèrement sur elles-mêmes; d'autres plus nombreuses, divergentes d'abord, naissent de la face postérieure du fond de l'utérus, et se rendent aussi à ce ligament. Enfin quelques fibres transversales venues de la face postérieure forment la partie inférieure de l'organe qui nous occupe.

Les fibres nombreuses qui se rendent aux trompes prennent leur origine en avant du fond de l'utérus, et bientôt se rapprochent tellement les unes des autres qu'elles forment un gros faisceau qui, après deux ou trois centimètres de trajet, se divise en deux faisceaux secondaires, l'un destiné au ligament de l'ovaire, et l'autre plus volumineux aux trompes. Quelques fibres qui se détachent du faisceau commun se rendent dans le tissu cellulaire qui sépare les trompes du ligament rond. Les fibres profondes sont très-visibles lorsqu'on soumet à une ébullition un peu prolongée l'utérus, dont on aura d'abord étudié le plan superficiel. Toutes ont manifestement une direction demi-circulaire, légèrement oblique, et ne diffèrent des précédentes que par leur ténuité et parce

qu'elles appartiennent exclusivement au corps et au col de l'utérus. Elles se croisent sur la ligne médiane, en avant et en arrière, ainsi que sur les côtés, de manière à constituer un véritable réseau. Leur épaisseur diminue d'autant plus qu'on se rapproche davantage de la surface interne de l'utérus, et c'est alors qu'elles semblent décrire des cercles à l'extérieur de la membrane interne. Il existe pour les trompes des fibres annulaires qui ne font pas non plus complétement le tour de l'organe, et qui sont profondément situées. Enfin, autour des vaisseaux sanguins, on remarque aussi des fibres qui les entourent, à la manière de la couche musculaire profonde du canal intestinal.

Ainsi l'utérus, si l'on examine ses plans dans l'ordre de superposition, est composé de couches dont il est difficile de déterminer le nombre, mais dont on ne peut méconnaître la disposition constante.

Je ne crois pas avoir avancé sans fondement que toutes ces fibres font partie intégrante d'un même muscle; qu'il n'existe que des couches diverses, et que l'on ne saurait admettre des muscles distincts, pas plus qu'au cœur, aux intestins et à l'estomac, et qu'en définitive le muscle de Ruysch n'est pas admissible.

Si maintenant on examine la structure du col de l'utérus, qui est composé du même tissu que le corps, on voit que les fibres qui le constituent représentent des demi-cercles et se croisent sans se confondre, dans la direction des commissures. Cette disposition semi-annulaire est d'autant plus évidente que la femme a eu des enfants et que l'ouverture du col est transversale. Les fibres du col se confondent-elles avec l'extrémité supérieure du conduit vaginal? Il m'a semblé que celui-ci se fixait sur le tissu propre à l'endroit où la muqueuse vaginale abandonne le col pour tapisser le museau de tanche; cette insertion paraît s'arrêter brusquement à la partie antérieure; mais il résulte des recherches auxquelles je me suis livré que le vagin se continue au contraire en arrière avec le faisceau longitudinal, et cela d'une manière constante.

Riolan avait-il vu cet arrangement lorsqu'il a dit, en parlant de la structure du conduit en question: « *Membrana externa totà est carnosa, instar musculi?* »

Cette disposition peut être bien aperçue, lorsqu'après avoir fait une incision dans la direction du vagin on en pratique une seconde perpendiculaire au col. Je crois que ce fait anatomique permet de conclure que, dans l'amputation de ce dernier organe, on peut pénétrer assez loin, en arrière, sans atteindre le péritoine.

Pour ne point abuser des moments de l'Académie, je n'aborderai point la description anatomique de l'utérus dans les animaux. Je me bornerai à signaler que, chez la femelle du singe, la structure de cet organe est presque aussi compliquée que chez la femme; elle l'est moins dans les espèces qui s'éloignent davantage de la nôtre; mais la nature musculeuse du tissu utérin est constamment évidente dans toutes les espèces et dans toutes les conditions de l'existence. On voit clairement dans la jument, la brebis, la chèvre, etc., que les fibres sont disposées sur trois plans : 1° un plan longitudinal qui comprend les fibres les plus superficielles; 2° un plan incomplétement circulaire, composé des fibres profondes; 3° un plan oblique, formé de fibres qui se rencontrent en différents points de l'épaisseur de l'organe.

Les faits anatomiques que je viens d'exposer expliquent d'une manière rigoureuse: 1° la dilatation extrême de l'utérus pendant qu'il renferme le produit de la conception; 2° ses contractions pendant l'accouchement, contractions qui s'opèrent suivant sa longueur et ses diamètres transverse et antéro-postérieur, absolument comme celles de l'intestin pendant les mouvements péristaltiques.

En effet, le plan longitudinal qui se fixe d'une part au fond de l'utérus et de l'autre sur le vagin et le col, tend à diminuer la longueur de la cavité de la matrice, tandis que les fibres demi-circulaires, par leur action, rétrécissent cet organe dans tous les sens. Les fibres longitudinales et annulaires de la trompe expliquent le mode de progression du produit de la conception, et celles qui entourent les vaisseaux sanguins semblent s'opposer, par leur contraction, à la rapidité du cours du sang et à une hémorragie pendant la parturition.

L'inertie de l'utérus, après l'accouchement, ne paraîtrait-elle pas certifier cette opinion? N'est-ce pas là une paralysie momentanée, semblable à celle de la vessie, lorsqu'elle a été trop distendue par le liquide urinaire.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur les inductions que la physiologie et la pathologie peuvent tirer de la connaissance anatomique de la matrice. Il résulte des observations exposées dans ce Mémoire :

1° Que le tissu propre de ce viscère n'est point un tissu fibreux jaune, puisque la chimie démontre dans celui-ci l'absence complète de la fibrine, qui se trouve dans la matrice à toutes les époques de la vie ; et qu'en outre l'anatomie comparée prouve que le tissu fibreux jaune ne se transforme jamais en tissu musculaire ;

2° Que l'état de grossesse ne fait que montrer l'utérus dans un état d'hypertrophie musculaire ;

3° Que cet organe est constitué par un véritable muscle et non par plusieurs ;

4° Qu'il existe une muqueuse utérine, mais dépourvue d'épithélium ;

5° Enfin, que la direction des fibres de l'utérus fait voir parfaitement comment celles-ci tendent à effacer ses différents diamètres, et concourent à l'exonération du produit de la conception.

Remarques sur quelques phénomènes de l'amaurose et sur son traitement par la noix vomique, d'après des observations recueillies dans le service de M. Malgaigne (hôpital des Cliniques) ; *par* **F. Neucourt,** *interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.*

Les phénomènes morbides par lesquels l'amaurose signale son apparition et son existence ont été pour la plupart étudiés avec beaucoup de soin par les auteurs ; je n'ai pas l'intention d'en faire l'histoire complète, mais je veux insister sur quelques-uns de ces phénomènes qui paraissent ne pas avoir fixé, autant qu'ils le méritent, l'attention des observateurs. Telle est la diplopie, dont l'existence n'a pas généralement été rattachée à l'amaurose, et qui cependant a une certaine valeur dans cette maladie, comme je vais tâcher de l'établir.

Tout ce que je dirai doit s'entendre de l'amaurose incomplète : les auteurs, en effet, sont d'accord sur ce point, que l'amaurose complète est incurable, à moins qu'elle ne soit récente et due à une circonstance accidentelle qu'on peut faire disparaître.

I. — DE LA DIPLOPIE DANS L'AMAUROSE.

Dans les histoires générales de l'amaurose, on ne signale guère l'existence de la diplopie que lorsqu'il y a en même temps strabisme. Boyer dit seulement, en parlant de la diplopie, qu'elle est quelquefois suivie d'une amaurose incurable ; mais il ne s'en occupe plus lorsqu'il décrit l'amaurose. D'autres auteurs, Scarpa, MM. Velpeau, Carron du Villars, etc., n'en parlent que quand il y a strabisme. M. Sichel se borne à dire qu'on l'observe *quelquefois*. Quant aux observations particulières, elles sont la plupart peu détaillées, surtout pour les antécédents, et ne peuvent être d'aucun secours pour l'objet dont il est ici question.

Cependant, en observant avec soin quelques malades affectés d'amaurose, dans le service de M. Laugier, à Beaujon, je fus frappé de cette particularité, que tous se plaignaient d'une diplopie opiniâtre, très-gênante, et qui les fatiguait autant que la perte incomplète de la vue dont ils étaient atteints. Je notai ce fait, non parce que je pensais qu'il existât aucune liaison entre lui et l'amaurose, mais parce que j'étais bien aise d'avoir quelques observations de diplopie bien avérées, d'autant qu'elles présentaient quelque chose d'insolite ; j'étais alors, autant que possible, à l'abri de toute idée préconçue.

Comme les faits parlent mieux que les assertions, je vais rapporter le suivant, un des premiers que j'ai observés.

Obs. I. — *Amaurose survenue à la suite d'un coup à la tête ; irrégularité de la pupille ; diplopie existant lors même qu'un des yeux seul est ouvert.*

Giraud (Marie-Louise), âgée de 39 ans, domestique. Cette femme, d'une bonne constitution, bien réglée, bien portante d'habitude, dit qu'il y a quatre ans elle a eu les yeux rouges; elle en souffrait, et ne fut guérie qu'au bout de six semaines. Les yeux avaient toujours bien rempli leurs fonctions depuis, lorsqu'il y a un mois elle reçut un coup à la tête, mais ne perdit pas connaissance. Depuis ce temps, elle éprouve des élancements dans le côté droit qui a été frappé : quinze jours après, elle commence à apercevoir un brouillard devant les yeux ; du reste elle n'en souffrait pas, et n'éprouvait de larmoiement un peu notable que par l'exposition au grand air. La vue, depuis ce moment, alla graduellement en s'affaiblissant. Pendant les quinze premiers jours de la maladie, elle voyait des mouches, des espèces de papillons toujours noirs, jamais rouges, et qui occupaient tout le champ de la vision ; ces mouches paraissaient surtout au moment du réveil : les yeux se fatiguaient facilement, et la malade ne pouvait enfiler une aiguille. Le sommeil est aussi moins bon, en raison des douleurs de tête ; du reste la santé générale n'est pas troublée. Il paraît que dès le commencement de la maladie, lorsque la malade voulait enfiler une aiguille, elle en voyait deux ; le jour de son entrée à l'hôpital, elle remarquait qu'en descendant l'escalier les marches lui paraissaient doubles.

Entrée le 25 février 1843, elle est dans l'état suivant : bonne santé générale; femme forte, de taille moyenne, bien constituée, bien réglée d'habitude. Les yeux, sans injection ni rougeur, ont l'iris brun foncé. Les pupilles sont dilatées, larges d'environ trois à quatre millimètres. Pour l'œil gauche, la largeur de l'iris est manifestement moins grande à la partie interne qu'à la partie externe, ce qui lui donne une forme oblongue ; la même chose a lieu à droite, mais d'une manière moins marquée. Le fond de la pupille est d'un noir foncé. On ne peut voir les iris se contracter en ouvrant et fermant les yeux, même lorsqu'on prête la plus grande attention. Des deux côtés, mais surtout à gauche, les objets sont vus plus distinctement lorsqu'on les place au côté interne qu'au côté externe; ainsi la malade distingue assez bien une aiguille dans la première position, tandis qu'elle ne peut le faire dans la seconde. Ce phénomène existe aussi, mais moins marqué à droite. Le doigt présenté à la malade lui paraît double; elle dit que quand on ferme un des deux yeux, l'objet paraît également double lorsqu'elle le regarde avec celui qui reste ouvert. Tous les objets environnants paraissent doubles, et cela cause une très-grande fatigue à la malade; elle s'en plaint très-vivement. Toujours douleurs de tête lancinantes du côté droit. Pas de douleurs dans les yeux. Prescription : douze sangsues à l'anus.

Le 27, pas de soulagement.

On applique successivement deux vésicatoires à la tempe droite. On donne une bouteille d'eau de Sedlitz.—Pas d'amélioration.

Le 2 mars, on réapplique un vésicatoire à la tempe. La malade est presque toujours dans un état de somnolence assez marqué lorsque son attention n'est pas fixée; autrement, elle répond avec beaucoup de netteté aux questions qu'on lui adresse.

Le 4 mars, la malade trouve qu'il y a du mieux, que la vision est plus nette. Il n'y a plus de diplopie : elle affirme bien qu'elle voit tous les objets simples. Deux portions d'aliments.

Le 6, toujours douleurs vives dans la tempe droite : vue simple, mais peu nette. Lavement purgatif.

Le 8, même état des douleurs : un peu d'amélioration dans la vue. Depuis quelques jours, il y a des envies de vomir et l'appétit a diminué. On remarque un peu de gonflement avec rougeur et sensibilité plus vive que d'habitude au pourtour de l'œil droit, et un peu sur la joue. (A ce moment il y avait beaucoup d'érysipèles dans les salles.) — Lavement purgatif. Une portion d'aliments.

Le 9, il y a eu plusieurs garde-robes. La rougeur de la face a disparu; même état du reste.

A la fin du mois, la malade sort; la vue est améliorée, il n'y a plus de diplopie : mais il reste toujours des douleurs lancinantes dans la tempe droite.

L'amaurose survenue chez cette femme paraît due à quelque lésion du côté de l'encé-

phale; mais il est impossible de rien préciser à cet égard, puisque la preuve anatomique manque. Quoi qu'il en soit, il est difficile de trouver un cas de diplopie mieux marquée; lorsque la malade veut enfiler une aiguille, elle la voit double; lorsqu'elle descend les marches elle les voit doubles, ce qui fait qu'elle hésite à marcher, craignant de poser le pied à faux. Mais un fait plus singulier, et qui, par cela même, demande à être accepté avec une extrême réserve, c'est que la malade voit double, même avec un seul œil. J'ai eu beau l'interroger de toutes les manières possibles, elle m'a toujours répondu de même. Dans des cas pareils, on ne peut que se fier aux assertions des malades: ce que je puis dire, c'est que celle-ci ne paraissait attacher aucune importance à cette particularité, et il ne lui paraissait guère plus singulier de voir double avec un seul œil qu'avec deux: en un mot, rien ne faisait penser qu'il pût y avoir supercherie de sa part.

Boyer rapporte qu'Hoffmann a observé un cas semblable à celui-ci, et il ajoute: ce phénomène paraît si extraordinaire qu'on serait tenté de le révoquer en doute, s'il n'était présenté avec tous les détails qui, en médecine, garantissent l'authenticité d'un fait (1).

Dans un autre cas d'amaurose survenue à la suite de délire, et qui s'accompagnait de douleurs sus-orbitaires intenses, la vue était double, surtout lorsque l'œil était un peu fatigué: le malade voyait doubles les objets environnants, le numéro de son lit, les personnes qui étaient près de lui, etc.; lorsqu'il lisait, il voyait également les caractères doubles, les premiers droits, les seconds dirigés obliquement de gauche à droite et de haut en bas. La vue était très-faible de l'œil gauche, bonne de l'œil droit: lorsqu'il fermait l'œil malade en regardant une lumière, il n'en voyait plus qu'une blanche, nette et de grandeur naturelle; lorsqu'il fermait l'œil sain, il n'en voyait qu'une également, mais plus rouge, plus grande et moins nette. La pupille du côté sain était à l'état normal; du côté malade elle était un peu plus dilatée, assez régulière et moins contractile.

Frappé de cette particularité, j'interrogeai les amaurotiques à ce sujet, et, sur six que j'observai plus tard à l'hôpital des Cliniques, il y en eut quatre qui accusèrent de la diplopie existant au début de la maladie, et qui avait disparu à mesure que l'amaurose faisait des progrès. Il est à remarquer, en effet, que c'est principalement au début de l'amaurose qu'on observe la diplopie, et c'est ce qui ajoute de l'importance à ce fait, comme signe diagnostique de la maladie commençante. Ainsi, parmi les cas précédemment cités, j'ai observé moi-même la diplopie dans les deux premiers, tandis que, dans les quatre autres, j'ai été obligé de m'en rapporter au dire des malades, en leur faisant toutefois spécifier très-précisément les objets qu'ils voyaient doubles. C'est que dans les premières observations, la maladie était à son début, tandis que, dans les autres, elle était avancée et datait au mois de plusieurs mois.

Je crois donc que, d'après les faits précédents, on est autorisé à dire que, dans un certain nombre d'amauroses commençantes, on trouvera, au moment de l'invasion de la maladie, une diplopie nettement caractérisée qui sera un signe confirmatif de la maladie: elle pourra encore servir en ce sens que, toutes les fois que chez un malade on trouvera une diplopie opiniâtre, on devra se tenir sur ses gardes, et examiner attentivement pour s'assurer s'il n'existe pas d'autres signes d'une amaurose commençante.

Comme contre-épreuve, j'ai interrogé un grand nombre d'individus affectés de cataractes, pour savoir s'ils avaient vu double à une époque quelconque de la maladie: la réponse a toujours été négative; de sorte qu'au début de la maladie, la diplopie pourra être encore fort utile pour distinguer, dans les cas douteux, si on a à faire à une amaurose ou à une cataracte commençante.

Ce qu'il y aurait d'important, ce serait de distinguer les cas dans lesquels il y a nécessairement, et ceux dans lesquels il n'y a pas diplopie: en un mot, trouver la cause

---

(1) Un cas tout semblable, c'est-à-dire d'une diplopie d'un seul œil au début d'une amaurose, s'est présenté récemment à nous à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine.
(*Note du Rédacteur.*)

de la diplopie. On ne peut pas invoquer, pour l'expliquer, le défaut d'harmonie dans la direction des yeux ; car, dans aucun des six cas précédemment cités, il n'y avait la moindre apparence de strabisme. Il resterait à examiner si cela ne tiendrait pas à un dérangement dans les fonctions de la rétine.

On sait que, dans beaucoup de cas d'amauroses incomplètes, la vision est moins nette du même œil, selon que l'on place l'objet en dedans ou en dehors, en bas, etc., quoique toujours à la même distance de l'œil; d'où l'on peut conclure que, dans les cas de cette espèce, la rétine n'est pas aussi sensiblement altérée dans tous les points. Il y a même quelque chose de plus singulier : c'est que, dans l'observation citée, où la diplopie existait avec cette particularité que la vision était plus nette lorsqu'on plaçait l'objet en dedans, la pupille était dilatée irrégulièrement et agrandie vers la partie interne; d'où l'on serait porté à penser que la diplopie résulte de ce que l'axe visuel, sans que l'œil se dévie, est transporté sur un autre point de la rétine, de manière que la symétrie d'impression sur les deux yeux, si je puis m'exprimer ainsi, se trouve détruite. On conçoit très-bien, dans cette hypothèse, que la diplopie cesse lorsque l'amaurose augmente, parce qu'alors toute la rétine s'altère uniformément, et n'offre plus de points même partiels, qui soient assez sensibles à l'action de la lumière pour produire la double image. C'est en relisant l'observation citée que j'ai fait cette remarque : de sorte que je n'ai pu m'assurer si elle serait toujours justifiée par l'observation, et l'on conçoit que l'examen de toutes les circonstances qui s'y rattachent est assez minutieux pour qu'on ne le fasse généralement que dans un but déterminé : aussi n'y manquerai-je pas dans l'occasion.

II. — DES OBJETS IMAGINAIRES PERÇUS PAR LES AMAUROTIQUES.

On s'est beaucoup occupé, au point de vue du diagnostic différentiel de l'amaurose et de la cataracte, de préciser la nature et la couleur des objets imaginaires dont les malades ont la sensation.

Les auteurs sont généralement d'accord sur ce point, que les individus affectés de cataracte ont la sensation d'un nuage grisâtre, blanchâtre, régulier ou irrégulier, qui recouvre les objets, et qui paraît interposé entre eux et l'œil affecté. Tous les malades que j'ai interrogés m'ont répondu dans ce sens, et aucun ne s'est plaint de voir des objets variés, inconstants, comme cela arrive pour les amaurotiques.

Pour ces derniers, en parcourant les observations que j'ai recueillies, je trouve que, dans un cas, le malade voyait des espèces de papillons toujours noirs, qui occupaient tout le champ de la vision et qui paraissaient surtout au moment du réveil ; dans un autre cas, le malade voyait des espèces de bouquets jaunes, blancs, rouges, jamais noirs ; dans deux cas il y avait un nuage blanc immobile devant les yeux, et qui devint rose plus tard chez un des malades : un autre comparait ce qu'il voyait à des fusées rouges, qui devinrent noires par la suite : dans deux cas, on n'a rien noté. Chez un malade dont je donnerai l'observation plus loin, on a noté quelque chose de fort singulier : c'était des points noirs, au nombre de douze environ, que le malade voyait distinctement, surtout lorsqu'il regardait un objet blanc, par exemple, les vitres dépolies qui garnissent les croisées de la salle : ces points étaient fixes dans leur place, et suivaient tous les mouvements des yeux : ils doivent être distingués de ceux, beaucoup plus fréquents, qui apparaissent par intervalles, et qui constituent des sensations passagères. Ils méritent une sérieuse attention, parce que cette fixité qui leur est particulière fait qu'on aurait pu les considérer comme tenant à une altération du cristallin ; mais plusieurs raisons démontrent qu'il n'en était rien ; ainsi, le fond de l'œil était très-net, ce qui n'aurait pas eu lieu si le cristallin avait été altéré ; et, de plus, l'influence favorable du traitement par la strychnine, qui les a fait disparaître presque complétement, prouve bien qu'ils tenaient à une altération de la rétine. Du reste, des faits de cette nature ont déjà été observés, quoiqu'en général les auteurs n'y aient pas insisté assez fortement.

Ainsi donc, quoique cette particularité de taches immobiles dans le cas d'amaurose

soit rare, il est bon d'être prévenu de sa possibilité, afin de ne pas confondre la maladie avec une cataracte commençante, cas dans lequel ces taches se présentent bien plus souvent. Quant aux autres sensations éprouvées par les malades, on voit qu'elles sont très-diverses, mais que cependant elles diffèrent en général de celles qui sont perçues dans les cas de cataracte; et elles pourront aider à établir le diagnostic différentiel, chose importante et souvent difficile au début. Si l'on se reporte à la couleur des objets perçus, on voit qu'elle varie beaucoup; mais, en général, elle commence par la couleur rouge, blanche, grise, pour finir d'ordinaire par le noir. Toutefois, cette dernière couleur ne doit pas faire porter un pronostic plus fâcheux, indépendamment des autres circonstances, car on verra plus loin que l'amélioration par la strychnine a eu lieu également dans ce cas.

III. — DU TRAITEMENT DE L'AMAUROSE PAR LA NOIX VOMIQUE.

J'arrive actuellement au traitement de l'amaurose par la noix vomique, et je fais remarquer de nouveau qu'il s'agit de l'amaurose incomplète. La connaissance des causes très-diverses auxquelles l'amaurose peut être due a fait voir depuis longtemps que le traitement de cette maladie devait varier singulièrement suivant les cas particuliers; et la noix vomique, pas plus que les autres agents thérapeutiques, n'est destinée à être employée inconsidérément dans tous les cas. Il faut donc, avant tout, chercher à préciser ceux dans lesquels on devra y recourir. Certaines amauroses, à leur début, paraissent tenir à un état de pléthore du sujet, d'autres à l'anémie, d'autres à une fatigue excessive de l'œil, etc. La cause accidentelle de la maladie étant connue, on la combat par les moyens appropriés, et souvent on réussit à faire disparaître ainsi l'amaurose; mais souvent aussi la maladie reste stationnaire, ou même fait des progrès, et, à mesure qu'elle se développe, elle paraît s'isoler pour ainsi dire de la cause qui l'a produite, la pléthore par exemple, de sorte qu'on a beaucoup moins d'action sur l'amaurose à cette période de la maladie qu'on n'en avait dans le commencement. Elle prend pour ainsi dire un autre caractère; l'iris devient immobile, et les objets imaginaires perçus par les malades ont une couleur noire, comme on l'a vu d'après les observations précédentes. En un mot, l'amaurose prend la forme désignée par les Allemands sous le nom d'*amaurose torpide*, forme dans laquelle la rétine paraît éprouver une altération plus notable, une sorte de paralysie. Cette forme peut succéder à plusieurs autres dont elle est comme le second degré; mais elle peut aussi se développer d'emblée, comme le prouvent les observations des auteurs allemands. L'idée que cette espèce d'amaurose tenait à une paralysie de la rétine a porté à essayer la strychnine, qui, comme on sait, a souvent une action favorable sur les paralysies.

C'est ordinairement à l'extérieur, par la méthode endermique, que s'administre le principe actif de la noix vomique. Les inconvénients de ce mode d'administration ont cependant été déjà signalés par quelques personnes, et ils paraissent être de nature à le faire rejeter dans le plus grand nombre des cas. On sait, en effet, qu'au bout de quelques jours d'application du vésicatoire, la surface dénudée n'est plus apte à absorber les substances placées en contact avec elle: de plus, le contact de la strychnine sur cette surface, contact quelquefois fort douloureux et produisant un vif sentiment de brûlures, détermine souvent la formation de fausses membranes, de petites escarres, qui s'opposent encore davantage à l'absorption. De sorte qu'il arrive, comme on le voit dans les observations suivantes, que la strychnine agit dans les premiers jours, puis que toute action cesse, quoiqu'on en applique la dose très-considérable de 4, 5 et 6 centigrammes en une seule fois. Il est évident alors qu'il n'y a pas absorption, puisqu'en donnant la noix vomique à l'intérieur à moindre dose proportionnellement que la strychnine, on produit les secousses caractéristiques. L'application de la strychnine par la méthode endermique n'a pas seulement l'inconvénient de donner un résultat infidèle, elle peut entraîner de graves dangers; car, si croyant le médicament absorbé, on continue des doses de 6 centigrammes, par exemple,

et qu'on les applique sans distinction sur les anciens vésicatoires, puis sur un nouveau qu'on aura établi parce que l'ancien était sec, on comprend ce qui en pourra résulter.

La strychnine est trop active pour être facilement employée à l'intérieur : on la remplace alors par le médicament dont elle est tirée, la noix vomique, dont on donne l'extrait en pilules de 5 centigrammes : d'abord une, puis deux, et ainsi jusqu'à ce qu'il y ait des secousses produites dans les membres.

Sur les quatre cas que j'ai vus traiter par ce moyen dans le service de M. Malgaigne, il y a eu amélioration extrêmement prononcée dans deux cas. (*Voir plus loin les observations.*) Dans les deux autres cas, le traitement n'a rien produit.

Des deux insuccès, l'un avait pour sujet un enfant de quinze ans, chez lequel l'amaurose *complète* datait de quatre mois. Elle était survenue progressivement, à la suite de violents maux de tête : il y avait dilatation très-considérable des pupilles, immobilité complète des iris. L'autre malade était un homme de trente-huit ans, corroyeur, amaurotique sans cause connue depuis huit mois : au moment de l'entrée, il pouvait lire encore les caractères de un centimètre de hauteur, les pupilles étaient très-dilatées, à peine mobiles, les yeux très-saillants. Il sortit dans le même état.

On voit que ces deux cas étaient peu favorables à l'action de tout traitement ; ils pouvaient rentrer dans les amauroses incurables.

Les deux faits suivants forment avec ceux-ci un contraste frappant, car ils montrent l'influence favorable de ce traitement dans les cas où il est permis de conserver l'espoir de la guérison. Dans ces deux cas, les inconvénients de l'application par la méthode endermique étaient si évidents, qu'on a été forcé de recourir à l'administration interne du médicament.

Obs. II. —*Amaurose incomplète, survenue pour la seconde fois ; traitement par la strychnine et la noix vomique ; amélioration très-notable après six semaines.*

Vantadoure, âgé de 38 ans, maçon, d'une bonne constitution, se portant très-bien d'habitude, a commencé à sentir sa vue s'affaiblir il y a un an. Deux mois auparavant il avait eu une congestion cérébrale, pendant laquelle il resta sans connaissance sur le plancher où il était tombé. Il était autrefois sujet à des hémorrhoïdes qui lui faisaient perdre du sang tous les trois ou quatre jours en assez grande abondance ; il n'en a plus vu fluer depuis dix-huit mois.

Le 29 juin 1842, il commença à s'apercevoir que la vue du côté gauche était moins bonne que d'habitude ; cet état existait depuis un mois, lorsqu'il remarqua des flammèches rouges, des fusées rouges, surtout lorsqu'il était baissé ; cela dura un mois, après quoi elles devinrent noires, puis il finit par ne plus pouvoir compter ses doigts.

Ce ne fut que neuf mois après la maladie de l'œil gauche que le droit commença à s'affaiblir. De ce côté il ne vit que des mouches noires, jamais de rouges ; du reste, sauf ces mouches, la vue est parfaitement conservée de ce côté, car il distingue l'heure sur un cadran placé à une distance de cent mètres environ, et il dit qu'il pourrait distinguer beaucoup plus loin.

Entré à l'hôpital des Cliniques, le 20 juin 1843, il est dans l'état suivant : bonne constitution générale, appétit ; l'œil gauche est, dit-il, comme couvert d'un épais grillage, et permet à peine la perception de la lumière ; il ne voit pas de mouches de ce côté, la pupille, moyennement dilatée, présente une contractilité presque insensible : l'œil droit est également très-net, la pupille est d'un beau noir, il voit de cet œil une douzaine de mouches noires qui suivent tous les mouvements des yeux, et restent immobiles lorsque ceux-ci le sont : ces mouches, toujours perçues de la même manière par le malade, le sont plus nettement lorsqu'il regarde un corps blanc, comme les vitres dépolies de la fenêtre. Depuis longtemps, il a des maux de tête violents, et plus intenses du côté gauche que du droit. On les a soulagés au moyen de sangsues à l'anus, de saignées générales et de pédiluves. Les saignées n'ont paru avoir aucune action sur la vue.

On applique à plusieurs reprises des vésicatoires aux tempes, et on les saupoudre avec des quantités variables de strychnine : on va jusqu'à six centigrammes par jour. Trois portions d'aliments.

Le 17 juillet, depuis quelques jours, à l'occasion de l'application d'un nouveau vésicatoire, il a ressenti à plusieurs reprises des douleurs vives dans les membres : les yeux sont dans l'état suivant : du côté droit, au lieu d'une douzaine de mouches, il n'y en a plus que quatre que le malade compte très-bien ; du reste, la vue de ce côté est toujours bonne. Du côté gauche, le malade voit plus nettement ; il commence à distinguer le numéro de son lit ; il voit des étincelles noires qui, depuis quelque temps, deviennent rouges par intervalles ; de plus, il voit comme de petits soleils blancs et brillants qui roulent continuellement devant les yeux : ces derniers corps existent devant les yeux depuis six mois, sans augmentation ni diminution.

Comme la strychnine par la méthode endermique donne des résultats variables d'un jour à l'autre, on ajoute une pilule de 4 centigrammes d'extrait de noix vomique.

Le 23, les quatre taches sont beaucoup moins fortes qu'auparavant; il y en a trois qui sont presque imperceptibles, et qui étaient grosses, dit-il, comme des mouches. La vue s'affermit ; le jour est plus clair, et il distingue mieux les couleurs ; ce qui n'existait pas auparavant, car le rouge lui paraissait jaune.

On continue le vésicatoire, pansé avec six centigrammes de strychnine, plus une pilule d'extrait de noix vomique. Quatre portions.

Le 26, on donne 2 pilules d'extrait de noix vomique. Le malade n'éprouve plus de douleur dans les membres, l'amélioration continue, les mouches sont moins grosses.

Le 3 août, le malade prend trois pilules. On supprime les vésicatoires. La vue devient de plus en plus nette ; il distingue la pluie qui tombe, et voit les mouches qui voltigent dans la salle. Les quatre taches noires, devenues actuellement blanchâtres, sont plus rapprochées et bien moins grosses. De l'œil gauche qui était le plus malade, il distingue nettement tous les objets, tandis qu'avant d'entrer, il ne pouvait même compter ses doigts. Il ressent des douleurs vives dans l'orbite gauche. Les pupilles sont également dilatées et un peu plus larges qu'avant le traitement. Leur dilatabilité est aussi plus marquée ; on la distingue nettement, quoiqu'elle soit moins forte que chez la plupart des individus sains. Il ne voyait pas assez pour travailler lors de son entrée, mais il compte pouvoir le faire facilement actuellement. Par moment il distingue des flammèches rouges ; plus de noires.

Sort en bon état le 5 août.

Obs. III. — *Amaurose avec diplopie ; traitement par la strychnine appliquée sur les vésicatoires ; effet nul ; extrait de noix vomique à l'intérieur ; guérison.*

Joseph Lesanne, âgé de 46 ans, cordonnier. Cet homme, d'une excellente constitution, né de parents sains et qui n'ont jamais rien présenté de particulier quant à la vue, était très-bien portant, lorsqu'il y a un an, il commença à s'apercevoir que sa vue baissait ; il voyait à ce moment les objets doubles ; quelquefois il voyait devant les yeux des taches blanches : jamais il n'y avait d'étincelles ni de mouches.

Il fut traité par des collyres, des saignées, des pédiluves ; et, au bout de trois mois, la vue était améliorée au point qu'il put reprendre son état.

Depuis six semaines la vue s'est perdue de nouveau, et bientôt il n'a plus été en état de travailler ; il recommença alors à voir double, et même il lui semblait par moment qu'il voyait trois ou quatre objets au lieu d'un seul. En même temps il voyait danser devant ses yeux des bouquets rouges, blancs, jaunes ; jamais il n'y en avait de noirs. Pas de douleurs de tête, bon état du reste.

Entré à l'hôpital des Cliniques le 24 juin 1844, il se trouve dans l'état décrit précédemment, sauf qu'il ne voit plus double. Il voit à se conduire, mais pas assez pour lire ou travailler ; l'ouverture des pupilles a la largeur normale, 2 à 3 millimètres ; la dilatabilité en est très-obscure, et demande de l'attention pour être aperçue ; le fond de l'œil est noir.

On applique aux tempes des vésicatoires qu'on saupoudre de strychnine, en augmentant la dose depuis 1 jusqu'à 6 centigrammes : on ne remarque aucun effet ni sur les yeux ni sur les membres.

Le 3 juillet, on suspend les vésicatoires, et on donne l'extrait de noix vomique à l'intérieur ; d'abord une pilule de 5 centigrammes. Trois portions d'aliments.

Le 11 juillet, le malade prend trois pilules. Il n'a pas éprouvé de secousses dans les membres ; il commence à voir un peu mieux, et distingue pendant un moment le cadran placé à cent mètres environ dans la cour. Depuis huit à dix jours il ne voit plus rien danser devant ses yeux.

On porte successivement jusqu'à cinq par jour le nombre des pilules. Malgré cette active médication, il n'a jamais éprouvé de secousses dans les membres. La vue s'améliore de plus en plus; actuellement, 20 juillet, il distingue facilement le cadran, même par un temps sombre; il joue facilement aux cartes, ce qu'il ne pouvait faire à son arrivée; la vision est nette.

Il sort guéri au bout de six semaines de séjour.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

Ligature de l'artère iliaque externe, *pour un anévrisme de la fémorale; gangrène survenue le 28e jour après l'opération.*

Nous avons annoncé brièvement, dans notre dernier numéro, l'heureux résultat d'une ligature de l'artère iliaque externe pratiquée par M. Malgaigne; presque à la même époque, M. Bransby Cooper faisait une opération toute semblable à l'hôpital de Guy, mais avec un succès moins complet. En voici l'observation, recueillie par M. Gruggen. Outre l'intérêt qui s'attache au fait en lui-même, nos lecteurs y trouveront à méditer sur le traitement antiphlogistique suivi en Angleterre, et qui est si différent du nôtre.

John Bryan, âgé de 42 ans, entra dans le service de M. B. Cooper, le 14 février 1844. D'une constitution forte et robuste, les cheveux et les yeux noirs, et d'une santé florissante, cet homme avait mené une vie fort libre, s'adonnant aux liqueurs spiritueuses; et depuis 13 ans il avait travaillé comme mineur, état des plus rudes, où il était fréquemment obligé de travailler à genoux.

Six mois avant son entrée, il s'était aperçu pour la première fois d'une tumeur pulsative, du volume d'une noisette, située vers le tiers inférieur de la cuisse droite, et accompagnée d'une douleur qui se propageait au genou et jusqu'au pied. Cette tumeur était molle, plus grosse en certains moments que dans d'autres. Six semaines après cette découverte, il alla à Hambourg, où il travailla de son état pendant trois mois. La tumeur, dans cet espace de temps, acquit le volume d'une noix, et il en survint une autre à trois pouces environ au-dessus de la première. Il revint en Angleterre, et continua à travailler malgré la douleur, jusqu'à la dernière quinzaine.

Lors de son entrée, la première tumeur présentait le volume d'une grosse orange, la seconde le volume d'une noix; toutes deux offraient des pulsations très-distinctes, et se dilataient dans tous les sens. Le bruit anévrismal était facile à entendre, et le frémissement (*thrill*) très-sensible au toucher. La plus grosse tumeur contenait une grande quantité de caillots, mais pouvait être vidée en partie; et l'on y arrêtait les pulsations par la compression exercée à la fois sur elle et sur l'artère au-dessus. Il y avait constamment dans la tumeur une douleur sourde, s'étendant aussi vers le bas du membre; remplacée de temps à autre par une douleur aiguë et lancinante. Quelques-uns des ganglions de l'aine étaient engorgés. Le cœur et l'aorte semblaient sains; toutefois l'action du cœur était très-forte; les poumons en bon état, sauf une légère bronchite; l'urine naturelle en couleur et en quantité, non coagulable; la langue nette, le pouls à 84. On prescrivit une saignée de 12 onces, et une potion avec le sulfate de magnésie et la teinture de quinquina, à continuer deux ou trois jours.

La saignée modéra considérablement l'action du cœur; le sang était ferme et en coupe. Le mardi suivant, 20 février, les intestins ayant été vidés deux fois dans la matinée, M. Cooper procéda à la ligature de l'iliaque externe.

Il fit aux téguments une incision de 5 pouces de longueur, à un pouce au-dessus du ligament de Poupart, et mit ainsi à nu l'aponévrose de l'oblique externe qui fut divisée à son tour. L'oblique interne et le transverse furent alors attirés en haut autant que possible, ce que leur contraction ne permit de faire toutefois que dans une très-petite étendue. L'artère tégumentaire abdominale (*superficial epigastric artery*) fut liée avant d'être coupée; elle parut fort accrue en volume. Le doigt passé derrière le cordon spermatique, sentit aussitôt les battements de l'artère. Le malade se livrant à de violents efforts musculaires, il y eut une petite incision faite par accident au péritoine, par laquelle s'échappa une anse d'intestin; la réduction s'en fit toutefois sans beaucoup de difficulté. Le tissu cellulaire qui entoure l'artère et l'unit à la veine fut divisé par l'ongle de l'opérateur, et une aiguille à anévrisme passée sous le vaisseau de dedans en dehors. L'aiguille ayant été armée fut alors retirée, et la ligature placée sur l'artère à environ un pouce et demi au-dessus du ligament de Poupart. Toute pulsation cessa immédiatement dans la tumeur. Les bords de la plaie

furent rapprochés par des sutures; un plumaceau par dessus, et le tout fut maintenu par des bandelettes agglutinatives.

Une heure après l'opération.—Le patient est bien, n'a que peu de douleur; la langue est humide, le pouls à 92, mou; la peau moite. Les pieds sont bien couverts avec de la flanelle, mais sans application de chaleur extérieure; leur température est de 65° Fahrenh. —On prescrit 30 gouttes de laudanum.

Trois heures après l'opération : tout va bien; le pied droit à 60° 1/2; le gauche à 62° 1/2.

Cinq heures après l'opération : le pied droit à 65°; le gauche à 70°.

21 *février*. — Le malade a peu dormi; la langue est nette et humide; la peau moite; le pouls à 92°, mou. Nulle douleur; le moral paraît excellent. Le pied droit est à 75°, le gauche à 82°.— La toux semble avoir un peu augmenté.

Le 22. — La nuit a été passable; mais ce matin des symptômes de péritonite se sont déclarés, savoir : nausées, vomissement, hoquet; douleur générale de l'abdomen, non pas très-vive, mais s'accroissant par la pression et la toux; tympanite; langue chargée, rouge à la pointe et sur les bords; le pouls petit, dur, à 98; la face anxieuse, les traits tirés; la respiration se faisant principalement par les côtes; les jambes un peu retirées; l'urine haute en couleur; il n'y a pas eu de selles depuis l'opération.—On prescrit : *calomel, 5 grains; opium, 1 grain, à prendre immédiatement. Puis, de quatre en quatre heures : calomel, deux grains et demi; opium en poudre, 1/2 grain. Vingt sangsues sur l'abdomen; un lavement d'huile de ricin dans deux heures.*

Le soir, il y avait un soulagement notable; tous les symptômes sont considérablement apaisés; le lavement n'a pas été rendu. — *Lavement à l'eau de savon; continuer les pilules.*— Le lavement fut rendu au bout d'une demi-heure, ramenant avec lui le premier donné, mais pas de matières.

Le 23.—La nuit a été bonne, le malade a dormi plusieurs heures; la sensibilité de l'abdomen est moindre; la tympanite a diminué; le malade lui-même se sent mieux et dit qu'il s'en tirera. Il n'y a plus de hoquet ni de vomissement depuis hier après midi; le pouls est faible, mais plus mou, à 112; la langue chargée et humide; le ventre toujours serré; la peau fraîche. Les bords de la plaie, qu'on avait réunis par première intention, se sont un peu écartés par l'effet de la toux. — *On essaie un peu de porter; mais la figure étant devenu rouge, on le cesse. Lavement à l'eau de savon.*

Le soir, même état : le pouls à 120, mou et faible; la langue blanche et humide; pas d'appétit; ni hoquet, ni vomissements; l'abdomen à peine sensible. On a omis, durant la péritonite, de noter la température des deux pieds; mais le pied droit paraissant froid à la main ce soir, on y met une bouteille d'eau chaude.

Le 24.—Un peu de mieux; la bouche ressentant les effets du mercure, on ne donnera la pilule que le soir. Le pouls est à 120, faible; la langue blanche et humide; constipation; la peau moite. Plus de douleur, hormis vers la plaie, qui paraît enflammée; le malade a passablement dormi cette nuit.— *Une pinte de porter par jour, qui est prise cette fois sans inconvénient; cataplasme de pain sur la plaie.*

Le soir, il y eut une selle; on ne donna pas de pilule.

Le 25. — Cette nuit, il y a eu huit à dix selles, noires, et contenant du mucus mêlé de sang, d'une couleur artérielle. Un lavement d'amidon avec l'opium arrêta le dévoiement, qui se borna à deux selles dans le reste de la journée. Un peu de douleur vers la plaie, qui paraît toutefois en meilleur état; et vers le bas de la jambe, qui est sensible au toucher.

Le 26. — La nuit a été bonne; le dévoiement n'a pas reparu.

Le 27.—Il y a eu deux selles cette nuit et deux ce matin, naturelles, bien qu'un peu molles. Les intestins paraissant irritables, on prescrit 20 gouttes de laudanum dans une mixture camphrée, à administrer chaque nuit.

Depuis lors, le malade recouvra peu à peu la santé générale; mais il continuait à se plaindre de plus en plus de la douleur de la jambe qui, disait-il, l'empêchait de rester tranquille, malgré toutes les recommandations qu'on lui faisait. Il était, depuis un jour ou deux, à l'usage de la viande et du vin, et rien de remarquable n'avait eu lieu lorsque, le vingt-deuxième jour de l'opération, la ligature tomba et fut ramenée avec le cataplasme qui couvrait la plaie. Celle-ci était presque guérie; la tumeur anévrismale était réduite à la moitié de son volume primitif; et tout allait au mieux, à part la douleur qu'il ressentait principalement dans le pied.

Une semaine environ après la chute de la ligature, on observa sur les orteils des signes de gangrène, qui s'étendirent peu à peu sur la jambe jusqu'à une courte distance du genou. Le 11 avril, la constitution commença à s'affecter; le 18, après une légère amélioration dans les symptômes constitutionnels, on observa, pour la première fois, une ligne de démarcation distincte; et le 21, M. Cooper amputa la jambe, immédiatement au-dessous du genou, de manière à avoir juste assez de téguments sains pour recouvrir le moignon.

Dès lors, sauf une légère attaque de fièvre inflammatoire quelques jours après l'opération, la santé du malade alla toujours en s'améliorant, et le 29 juin il était en état de quitter l'hôpital.

(*The Lancet*, july 1844.)

COMPTE-RENDU DES CAS DE HERNIES *traités à l'hôpital de Guy, de septembre* 1841 *à décembre* 1842, *par* Alfred POLAND.

La chirurgie semble actuellement languir un peu en Angleterre; les journaux y contiennent plus de faits que d'idées; et l'un des meilleurs recueils qui se publient à Londres, le *Guy's Hospital Reports*, en commençant une nouvelle série, annonce qu'il se propose, à l'avenir, d'*illustrer* chaque classe de maladies à l'aide d'une série de comptes-rendus comprenant tous les faits observés dans les salles de l'hôpital et consignés sur les registres de la Société clinique. Il s'agit, comme on voit, de matériaux bruts qu'on laisse au lecteur le soin d'assembler et de mettre en ordre Nous avons bien vu s'élever parmi nous une société consacrée à la recherche des faits, accumulant les observations isolées, avec le désir d'éclairer de cette façon l'histoire de toutes les maladies; mais, du moins, la Société d'Observation ne publie pas les histoires décousues; elle se réserve de les utiliser lorsque le nombre lui en paraîtra assez grand sur chaque sujet. Il y a aussi une énorme différence entre les manières d'observer suivies dans les deux pays; et dans les premiers comptes-rendus de l'hôpital de Guy, que nous avons sous les yeux, c'est à peine si nous pourrions signaler un fait bien complet, bien exactement recueilli, et qui n'offre pas même des lacunes considérables.

Il nous a paru curieux, toutefois, d'étudier l'inventaire tracé par M. Poland des cas de hernies traités dans l'hôpital de Guy pendant un espace de quinze mois; on peut en tirer quelques déductions qui ne manqueront pas d'interêt.

Il est donc entré à l'hôpital 49 sujets portant des hernies ou des affections simulant les hernies. Sur ce nombre, 18 ont été opérés pour cause d'étranglement; et sur ces 18, il en est mort 9. L'operation ne réussit donc guère mieux à Londres qu'à Paris.

Sur ces 18 cas, on compte 6 hernies inguinales et 12 crurales. On voit par là combien la proportion des étranglements est plus considérable pour les hernies crurales; encore faudrait-il ajouter deux hernies de ce genre pour lesquelles l'opération fut refusée, et qui déterminèrent la mort.

Les 6 hernies inguinales appartenaient à des hommes. Des 12 crurales, 9 affligeaient des femmes. Cela explique de reste comment les opérateurs avaient été entraînés à regarder la hernie crurale chez la femme comme bien plus fréquente que la hernie inguinale, parce qu'ils en jugeaient simplement par la proportion des étranglements. C'est une erreur que nous avons suffisamment réfutée par des chiffres.

Sur les 6 hernies inguinales, il n'y eut que 2 morts. Reste donc 7 morts sur 12 hernies crurales. D'où vient cette différence? En général, l'étranglement est plus serré dans les hernies crurales et amène plus de désordres; dans les hernies inguinales, il y a plus de pseudo-étranglements.

La question de l'étranglement vrai ou faux ne paraît pas occuper beaucoup nos voisins. Ils s'inquiètent très-médiocrement aussi de la question du siége réel de l'étranglement, et il ne faut leur demander aucun renseignement à cet égard. Cependant ils essaient parfois de debrider sans ouvrir le sac, et il est bon de savoir quels résultats ils retirent de cette pratique.

Dans les 6 hernies inguinales, le sac a toujours été ouvert. Une fois, M. Key avait essayé de débrider sans ouvrir le sac; la réduction étant impossible, force a bien été de l'ouvrir. Une autre fois, pareille tentative a été faite par M. Callaway; la réduction ne pouvant s'obtenir, il s'attachait à diviser *une ou deux fibres* qui lui paraissaient croiser le collet du sac; le bistouri entama celui-ci, et on se décida à l'ouvrir largement. Nous avons dit déjà que ces 6 opérations n'ont donné que 2 morts. Ajoutons que, dans la seule autopsie qui fut faite, l'étranglement fut reconnu avoir siégé au collet du sac.

Des 12 hernies crurales, 7 ont été opérées en ouvrant le sac; il y a eu 5 morts. Sur les 5 autres, opérées sans ouvrir le sac, 2 seulement se sont terminées par la mort. La différence est grande et a été déjà fièrement remarquée par l'un des partisans de l'opération sans ouverture. Nous ne nions pas que l'ouverture du sac n'apporte un danger de plus; mais ceux qui voient là tout le danger de l'opération nous paraissent se faire une illusion des plus étranges. N'est-ce rien, en effet, que 2 morts sur 5 opérations; et qui ne serait frappé de voir que les hernies inguinales, opérées à sac ouvert, ont donné pourtant de plus beaux résultats que les hernies crurales debridées sans ouvrir le sac?

Il faut donc, si on ne veut pas se tromper soi-même, étudier un peu mieux les causes de la mort après l'opération de la hernie étranglée; travail important et pour lequel il faut consulter autre chose qu'une anatomie pathologique superficielle. Quoi qu'il en soit, n'oublions pas de noter cette différence entre les hernies inguinales et les hernies crurales. Pour les premières, deux fois seulement on essaie de débrider sans toucher au

sac ; et ces deux fois l'étranglement persiste. Pour les secondes, cinq fois on essaie le débridement extérieur, et cinq fois l'étranglement est détruit. Qu'est-ce que cela veut dire, si ce n'est que les unes étaient étranglées par le collet du sac, et les autres par une ouverture fibreuse ? Ces derniers faits viennent ainsi à l'appui d'une doctrine que nous avons été longtemps seul à professer, savoir, la fréquence de l'étranglement des hernies crurales par des ouvertures du fascia cribriforme. Aujourd'hui, la grande majorité des chirurgiens français s'y rallie ; et personne n'oserait soutenir, à cette heure, l'existence de l'etranglement par l'anneau crural proprement dit.

Nous ne saurions tirer de grandes lumières des observations de M. Poland, touchant les causes de la mort après l'opération. Il n'y a eu que 5 autopsies; dans un cas, l'intestin réduit s'était ouvert dans le ventre; dans les quatre autres, l'autopsie a fait voir une péritonite légère, quelquefois même sans adhérences; et les sujets, d'après l'ensemble assez incomplet des symptômes, semblent avoir succombé à un épuisement des forces vitales. Chez deux d'entre eux, les selles s'étaient rétablies.

Lors même que la péritonite est le plus évidente après l'opération, il est par trop systématique d'en accuser toujours l'opéra ion même; et les accidents de la hernie suffisent de reste à la produire. Mais un point beaucoup plus remarquable et sur lequel nous ne cesserons d'insister, c'est que quelquefois la réduction faite mal à propos détermine, sans opération, une péritonite rapidement mortelle. L'observation 38e de M. Poland en offre un exemple.

Un homme de 58 ans portait depuis 20 ans une hernie inguinale, volumineuse, réductible, fort mal maintenue par un bandage qui la laissait constamment descendre. Un matin, étant dans son lit, un accès de toux fait sortir la hernie qui devient tendue; accidents; on essaie en vain le taxis, malgré la largeur reconnue de l'anneau; bain chaud, lavement; puis application de glace sur la tumeur; calomel et opium à l'intérieur. A sept heures du soir on la réduit sans difficulté. Mais dans la nuit survient une vive douleur abdominale, avec tuméfaction, et affaissement des forces. On diagnostique une péritonite, on met des sangsues, on donne le calomel et l'opium; rien n'y fait; et la mort survient 23 heures après la réduction. A l'autopsie, on trouva une péritonite générale avec épanchement de sérosité sanguinolente; il fut d'ailleurs impossible de reconnaître aucun vestige d'étranglement; environ trois pieds d'intestin grêle offraient une teinte noirâtre; mais le sac était occupé par une autre portion intestinale qui n'avait point cette couleur.

Certes, voilà bien un de ces cas de pseudo-étranglement ou d'inflammation pure que nous avons signalés; on a réduit une trop grande masse d'intestins, et l'inflammation, jusque là limitée au sac, s'est étendue à tout le péritoine. Tout récemment, nous avons vu un cas semblable, pour lequel nous n'avons pas su nous préserver de la même faute; tant les préjugés d'éducation sont puissants, tant aussi quelquefois les indications sont difficiles !

RÉSULTATS DE TROIS OPÉRATIONS *tentées pour la cure radicale des hernies,* par M. SÉDILLOT.

Nous empruntons le passage suivant au *Résumé de la clinique chirurgicale* de M. le professeur Sédillot, publié par son aide de clinique dans la *Gazette médicale de Strasbourg.*

« Un jeune enfant de 5 ans, traité pour une hernie d'après la méthode de M. Gerdy, fut enlevé par une péritonite suppurée foudroyante. C'était le troisième malade sur lequel nous pratiquions cette opération. Les deux premiers n'avaient eu aucun accident; mais après plusieurs mois de guérison, la hernie s'était reproduite chez l'un spontanément; chez l'autre à la suite d'une chute violente sur un escalier. On nous avait sollicité d'entreprendre la cure du jeune enfant dont nous regretterons toujours la perte. L'opération fut très-simple; faite à la Clinique à dix heures du matin, les cris du petit malade reproduisirent la hernie sur les côtés de la ligature, qui fut enlevée au bout de deux heures, et l'entérocèle fut réduit et soutenu avec un brayer. Le régime fut très-sévère, le traitement assez énergique, et cependant l'enfant succomba à une péritonite suppurée. Quelques exemples semblables avaient déjà été observés, mais nous espérions nous mettre à l'abri des complications à force de surveillance et de soins. Le résultat a trompé notre attente, et nous sommes bien decidé à renoncer à jamais à une aussi dangereuse opération. »

Nous ne sommes pas beaucoup partisan de l'opération d'ailleurs si ingénieuse de M. Gerdy, parce que nous pensons qu'un bandage bien appliqué donne d'aussi bons résultats, à la verité avec plus de lenteur. Il ne faudrait pas toutefois juger de sa gravité par la note de M. Sédillot; sur plus de 80 opérations pratiquées par M. Gerdy, il n'y a eu que quatre morts, savoir : une par suite de pleuresie ; la pleurésie était due à l'emploi des irrigations froides, et depuis cet accident M. Gerdy y a renoncé ; les trois autres ont eu pour première cause des phlegmons développés dans les parois abdominales. M. Gerdy pense que cette funeste complication peut

également être évitée par une légère modification du procédé opératoire; il est à désirer qu'il publie prochainement et son nouveau procédé et ses résultats.

LUXATION DE LA TÊTE DU PÉRONÉ, *par le professeur* DUBREUIL.

On ne connaît point jusqu'à présent de luxation simple de la tête du péroné; toujours cette lésion s'est montrée à la suite d'autres lésions qui l'avaient préparée et favorisée, fracture du tibia, luxation du pied en dehors, comme dans les observations de Léveillé, de Boyer, d'A. Cooper. Sanson avait bien vu, par l'effet du passage d'une roue de voiture, les ligamens de la tête du péroné rompus, de telle sorte qu'elle pouvait être poussée en avant et en arrière; mais dès qu'on l'abandonnait, elle reprenait à l'instant sa place ordinaire. Le fait rapporté par M. Dubreuil est donc jusqu'à présent unique dans la science; c'est pourquoi nous le reproduirons dans tous ses détails.

« M. Au..., âgé de 32 ans, d'une bonne constitution, veut franchir en sautant trois marches d'un escalier en pierre, quand, pour prévenir une chute imminente, il contracte subitement les muscles des membres inférieurs et porte avec force la jambe droite dans l'abduction. Il ressent aussitôt une vive douleur vers l'extrémité supérieure du péroné droit, se laisse cheoir et éprouve une syncope. On le relève, et à l'aide d'un bras il se traîne chez lui où je fus appelé. Je le trouve dans une agitation extrême, s'exagérant les conséquences de l'accident dont il me raconte les circonstances.

« A l'examen du membre, ce qui me frappe d'abord c'est l'étendue du déplacement de la tête du péroné; portée en arrière, elle est à environ un pouce de distance de la tubérosité externe du tibia, et forme sous les téguments distendus un relief considérable; mais ceux-ci, il importe de le faire remarquer, sont intacts; le pied est déjeté en dehors, le malade accuse un sentiment de froid et d'engourdissement dans toute l'étendue de la région péronière. La surexcitation générale un peu calmée, je fais placer la jambe en demi-flexion, et pressant la tête de l'os d'arrière en avant, je parviens à la restituer dans ses rapports normaux.

« A la suite de cette manœuvre facile et peu douloureuse, M. Au... se rassure, surtout en comparant ses deux jambes qui ne présentent plus de différence. Des compresses immergées dans une liqueur résolutive et maintenues par quelques circulaires de bande, sont appliquées sur le membre mis en extension et reposant sur un coussin conoïde.

« A la visite du lendemain, le malade m'apprend que la nuit a été pénible, qu'il a été dans la nécessité de faire relâcher le bandage contentif; et que la douleur perçue avant que la luxation fût réduite avait reparu avec le même caractère que la veille. C'est qu'en effet le déplacement s'était reproduit; mais cette fois la réduction, bien qu'il n'y ait pas d'intumescence des parties molles, s'opère moins promptement. Le premier appareil est remplacé par une genouillère en cuir, médiocrement serrée.

« Au bout de douze jours d'immobilité aussi complète que possible de la partie, je fais exécuter avec précaution quelques mouvements au membre; et après ces résultats satisfaisants, cédant à l'impatience de M. Au..., je consens à ce qu'il fasse quelques pas dans sa chambre, permission dont il n'abuse pas, tant il redoute le retour de la luxation. C'est avec une défiance involontaire qu'il appuie le pied sur le sol, et je puis me convaincre que la claudication est l'effet de l'appréhension du sujet.

« Dix-sept jours après l'événement qui eut lieu le 13 février, il peut, se servant d'une canne, se transporter à son bureau, voisin il est vrai de son domicile. Pendant quelque temps la jambe a eu de la tendance à s'incliner toujours en dehors; aujourd'hui M. Au... marche rapidement et sans boiter; un gonflement à peine marqué fait seul reconnaître le péroné qui fut le siége du mal. »

(*Journal de la Soc. de Montpellier*, juin 1844.)

« J'avoue, ajoute M. Dubreuil, que je reste encore incertain sur la cause déterminante de la luxation. Ma première idée fut qu'une laxité des moyens d'union existant entre les deux os prédisposait à leur déplacement; on sait que la striction des ligaments est parfois remplacée par leur relâchement. Bichat rapporte, dans son *Traité d'Anatomie descriptive*, avoir vu les ligaments assez mobiles pour permettre un déplacement d'un demi-pouce, surtout en arrière. Charles Bell signale un cas dans lequel la tête du péroné s'éloignait de près d'un pouce de la tubérosité externe du tibia. J'ai été naguère consulté par un ecclésiastique âgé et débile, dont l'articulation péronéo-tibiale gauche offrait une luxation incomplète. Après une génuflexion tant soit peu prolongée, la jambe était portée dans l'abduction, et le consultant assura que le membre de ce côté avait moins de force que l'autre. L'application d'une bande de flanelle exerçant une certaine constriction, a rempli le but que je me proposais.

« Mais, je me hâte de le dire, je ne puis, dans l'exemple dont j'ai été témoin, invoquer la laxité des faisceaux ligamenteux, M. Au... n'ayant rien éprouvé de particulier quand il marchait ou qu'il courait. D'ailleurs, si la mobilité de l'articulation avait ici pré-

disposé au déplacement des surfaces articulaires, les récidives de l'accident devaient être fréquentes, et quelques jours de repos ne pouvaient suffire pour amener une guérison complète. Prétendrait-on trouver une cause plus rationnelle, admettant que, dans la chute, le péroné, portant sur une marche de l'escalier, a pu ainsi se luxer? Cette explication est peu vraisemblable, quand on réfléchit que la chute a été consécutive au violent effort musculaire déployé pour la prévenir; et l'on n'a point oublié que la peau qui recouvre la partie supérieure externe de la jambe ne présentait pas la moindre trace de contusion ni d'excoriation. Enfin devient-il présumable que la contraction violente et spontanée du biceps ait déplacé la tête du péroné? M. Au... a toujours répété que c'est consécutivement au mouvement forcé de rotation de la jambe en dehors, qu'il éprouva une douleur tellement vive, qu'il se laissa tomber : l'on sait que le déplacement de la tête du péroné a eu lieu en arrière. »

Nous nous rangeons volontiers à cette opinion, et dans les termes du récit il est difficile d'en avoir une autre. Mais nous eussions désiré quelques éclaircissements sur d'autres points non moins importants de l'observation, afin qu'il ne restât aucun doute sur sa valeur réelle.

Est-il certain d'abord qu'il n'y a eu là qu'une luxation de la tête du péroné, sans autre lésion? *Le sentiment de froid et d'engourdissement dans toute l'étendue de la région péronière*, n'a peut-être pas grande signification, et il pourrait tenir au tiraillement des muscles qui s'insèrent à cet os; mais il est difficile de comprendre cet autre symptôme, *le pied déjeté en dehors*, sans quelque dérangement dans l'articulation du coude-pied; et il est à regretter que l'observateur n'ait pas dirigé son attention de ce côté. De même, dans les premiers temps qui ont suivi la guérison, *la jambe*, dit-on, *a eu de la tendance à s'incliner en dehors*. Nous ne savons pas bien si l'on a voulu parler du genou qui se serait porté en dehors, ou si l'inclinaison ne regarde que la partie inférieure de la jambe, le genou se portant en dedans. La première opinion s'accorderait assez bien avec la lésion nécessairement subie par le ligament externe de l'articulation fémoro-tibiale, qui s'insère à la tête du péroné; la seconde se comprendrait mieux avec le déjètement du pied en dehors. Au total, il est difficile qu'une pareille luxation se fasse sans quelque altération dans les jointures voisines, au genou et au cou-de-pied; il semble, en effet, que le malade a souffert quelque chose de ce genre, mais qui n'est pas assez clairement indiqué; et nous désirerions beaucoup que M. le professeur Dubreuil, puisqu'il a encore son blessé sous les yeux, voulût bien remplir les lacunes de son intéressante observation.

De la récidive qui a eu lieu ressort pour les praticiens un enseignement direct : la luxation avait été produite par la contraction du biceps; le biceps seul pouvait déterminer un déplacement nouveau; l'indication était donc de relâcher ce muscle, et pour cela de tenir le genou fléchi durant la consolidation comme on avait fait pour la réduction. On l'a étendu au contraire; il y a eu récidive; et il a fallu recourir à un appareil spécial pour résister plus tard à l'action du muscle que l'extension du membre semblait en quelque sorte solliciter.

Obstétrique.

CONVERSION D'UNE PRÉSENTATION DE LA FACE *en présentation d'un des côtés de la tête*, par BIRNBAUM, *de Bonn*.

Des mutations s'opèrent quelquefois spontanément dans la présentation pendant le travail même de l'accouchement. Quelques-unes ne sont guères possibles qu'avant la rupture des membranes; telles sont celles qui consistent dans l'apparition successive ou alternative, au détroit supérieur, de régions fœtales plus ou moins éloignées l'une de l'autre, de l'épaule et de la tête, par exemple, ou bien du côté et de l'extrémité pelvienne. D'autres sont encore possibles après l'écoulement du liquide amniotique, et s'opèrent pendant le trajet même de la tête à travers les voies de la parturition. De ces dernières, les unes ne sont que le retour, ordinairement spontané, d'une présentation irrégulière à une présentation franche; les autres sont de véritables déviations qui peuvent être, suivant les cas, utiles, indifférentes, nuisibles. Que dans la position mento-postérieure de la face, restée telle, le sommet s'abaisse et sorte le premier, c'est véritablement une voie de salut que la nature s'est à propos ménagée. Que, dans une position occipito-postérieure du sommet, la face vienne se dégager la première à la vulve, c'est une facilité dont la nature a profité, mais qui n'était pas indispensable à ses fins, puisque le dégagement était possible sans mutation; enfin qu'une présentation d'abord franche du sommet et de la face se convertisse en une présentation de l'un des côtés de la tête, c'est une circonstance fâcheuse, un obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement, à moins de redressement ultérieur. L'observation sui-

vante de Birnbaum offre un exemple de ce dernier genre, dans lequel l'application du forceps fut en effet nécessaire.

Une femme de 30 ans, petite, grêle, déjà mère de quatre enfants dont elle était accouchée rapidement, quelques instants après la rupture des membranes, éprouva les premières douleurs de son cinquième accouchement le 9 septembre 1839. Lorsque Birnbaum fut appelé auprès d'elle, il reconnut une présentation de la face en position mento-iliaque droite transversale. Le dos du nez répondait à l'orifice même qui était dilaté de la largeur d'un écu. Une heure et demie après, la face était dans la direction du diamètre oblique droit, la suture coronale derrière la cavité cotyloïde, la bosse coronale droite un peu basse. Une demi-heure plus tard, tout le front était sensiblement descendu ; la bouche et le menton, qui étaient graduellement remontés, étaient devenus presque inaccessibles. Les contractions utérines étaient de plus en plus fortes et se succédaient rapidement.

Sous l'influence de ces contractions, et par un mouvement de flexion de la tête, le front fut porté de gauche à droite, si bien que la bosse frontale droite qui correspondait à la région cotyloïdienne gauche se trouva en rapport avec l'échancrure sciatique droite. Birnbaum pense que, si la tête eût été moins grosse, la présentation de la face se serait certainement convertie en présentation du sommet, ou au moins en variété frontale.

Lorsque trois heures plus tard les membranes se rompirent, à peine pouvait-on sentir tout-à-fait à droite le dos du nez et les arcades orbitaires ; la joue, la bouche et le menton étaient tout-à-fait inaccessibles. Le pariétal droit, très-descendu, se présentait alors comme au début du travail s'était présenté le côté droit de la face. En arrière, du côté de la concavité du sacrum, on rencontrait la fontanelle antérieure; et un peu plus à gauche la suture sagittale se dirigeait obliquement en haut, mais inaccessible dans sa partie postérieure, ainsi que la petite fontanelle.

La lenteur du travail, dit Birnbaum, aurait sans doute favorisé une conversion complète et franche en présentation du sommet; mais les contractions, à peine un instant ralenties après la rupture des membranes, avaient bientôt repris toute leur énergie; elles enfoncèrent de plus en plus la tête dans le bassin sans en opérer le redressement, et la ramenèrent même à une position transversale.

Après deux heures de contractions énergiques et d'efforts soutenus, la tête se trouvait dans la situation suivante : elle appuyait en plein sur le plancher du bassin. Derrière l'arcade pubienne se trouvait le pariétal droit, un peu moins déclive dans sa moitié occipitale que dans l'autre. Exactement dans la direction de l'axe du détroit inférieur on rencontrait l'oreille; le doigt pénétrait sans peine dans le conduit auditif externe. A droite, au devant de l'échancrure sciatique, était la bosse coronale droite; la face était si fortement appliquée contre le côté droit du bassin, que le passage du doigt de ce côté était impossible. L'occiput était à gauche et en avant. La concavité du sacrum était presque vide. Les deux fontanelles étaient tournées en arrière, la petite un peu plus élevée que la grande. Le pariétal gauche regardait presque directement en haut.

La tête tendait à s'enclaver de plus en plus dans cette mauvaise situation, et l'insuffisance des efforts maternels paraissait démontrée. Birnbaum se décida à appliquer le forceps.

La branche gauche glissa sans peine sur l'occiput et pénétra à la hauteur voulue. La branche droite portée directement sur le côté droit du bassin ne put y pénétrer. Birnbaum l'introduisit alors de telle manière que sa concavité regardait presque directement en haut : il la fit glisser sur l'angle antérieur de la grande fontanelle, au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, et la ramena sur le côté droit du bassin, où elle se trouva en rapport avec le front. L'articulation ne fut possible que lorsque quelques efforts eurent amené la tête encore un peu oblique dans la direction parfaitement transversale. Les manches se trouvait fort écartés : la tête n'était-elle pas en effet saisie dans la direction de son diamètre occipito-frontal? Deux fortes tractions obliques en bas et en avant firent avancer le côté de la tête, et amenèrent transversalement à la vulve la suture sagittale. Le pariétal droit parut et sortit le premier; des mouvements de traction et d'élévation lents et bien ménagés achevèrent de dégager la tête, qui conserva jusqu'à la fin sa situation transversale. Aussi la vulve dut-elle subir une distension extrême, qui aurait infailliblement amené une déchirure, si déjà le périné n'avait été entamé aux précédents accouchements, et si les parties générales externes n'avaient offert une grande laxité.

L'enfant qui offrait sur les deux côtés de la face à droite et à gauche de la ligne médiane, depuis la racine du nez jusqu'au menton, l'impression de la branche du forceps ; dont le nez, les sourcils, les paupières et surtout le côté droit du front étaient fortement tuméfiés, était dans un état de mort apparente, mais il fut bientôt ranimé. Il ne pesait pas moins de seize livres, et tous les diamètres de la tête avaient un quart de pouce de plus qu'à l'ordinaire. Il a continué de vivre et s'est bien développé.

(*Neue Zeitsch. f. Geb. XV*, 228, 1844.)

L'observation qui précède est remarquable à plus d'un titre : l'inclinaison de la tête portée au point de constituer une présentation irrégulière qui exige l'intervention de l'art n'est ni aussi commune que les recueils de quelques anciens accoucheurs ou des divisions maintenant abandonnées pourraient le faire croire, ni aussi rares que le petit nombre de faits nouveaux ou la classification moderne, d'ailleurs si heureusement simplifiée pourraient le faire présumer. Les faits bien observés et complets méritent donc d'être portés à la connaissance des praticiens. Cette inclinaison peut être primitive, et disparaître avant le début du travail. Une femme multipare à terme se présenta à la Maternité. A travers l'orifice entr'ouvert et les membranes intactes, on sentait facilement tout le pavillon de l'oreille et le conduit auditif. Le lendemain matin c'était le sommet que le doigt rencontrait, et ce fut lui qui se présenta en plein au moment du travail. Mais c'est le plus souvent pendant le cours de la parturition que le redressement s'opère. Pourtant si la tête est surprise dans cette mauvaise situation par de violentes contractions, elle pourra être tout à coup fortement enfermée dans le bassin sans avoir eu le temps de se redresser, et des obstacles imprévus pourront surgir, car le redressement pourra n'être plus possible. A un médiocre degré, cette inclinaison persistante n'est pas très-rare. La partie supérieure du pavillon de l'oreille peut alors être sentie derrière le pubis. Mais au point où elle existait dans l'observation de Birnbaum, les modernes n'en ont guère fait connaître d'exemples.

Qu'il y ait eu ici quelque obstacle à la flexion et à la descente régulière de la tête, cela n'est pas douteux ; mais quel a été cet obstacle, c'est un point obscur et pour lequel l'auteur ne me paraît pas avoir fourni une explication satisfaisante. Que chacun juge et interprète le fait à sa manière. L'examen de cette question importante m'aurait bientôt fait dépasser les limites que je désire m'imposer dans de simples remarques.

L'heureuse issue de l'accouchement après une application de forceps faite d'une manière fort irrégulière, mais la seule qui ait été possible sans doute dans ce cas si exceptionnel, n'est pas le point le moins intéressant de cette histoire, si l'on songe surtout au poids considérable du fœtus et au volume excessif de sa tête. Il n'en est pas moins certain qu'une application plus régulière devrait toujours être tentée. Ne faudrait-il pas, avant d'imiter la conduite de Birnbaum, essayer si l'on ne pourrait, à l'exemple de Michaelis, donner à la tête, avec la main introduite tout entière, une situation plus favorable qui permît ensuite une application moins dangereuse du forceps ?

Pharmacologie chirurgicale.

NOUVEAU MOYEN POUR ARRÊTER L'HÉMORRAGIE *produite par la piqûre des sangsues.*

On sait combien l'hémorragie qui suit les piqûres de sangsues est quelquefois difficile à arrêter, notamment chez les enfants, et chez ces sujets d'une constitution toute spéciale, si bien étudiés par M. Dequevauvillers. On peut voir, dans le Mémoire de ce jeune chirurgien, l'histoire d'un étudiant en pharmacie, chez lequel les piqûres de sangsues résistaient à la cautérisation, même par le fer rouge, et dans une dernière circonstance ne purent être fermées que par la suture entortillée, répétée deux ou trois fois (voir ci-devant, page 172). Nous nous rappelons avoir vu périr exsangue un jeune soldat à qui l'on avait appliqué douze sangsues sur le scrotum ; et il n'est pas de praticien qui n'ait été embarrassé plus d'une fois par quelque hémorragie de ce genre. Il serait donc fort à désirer d'avoir un moyen simple, efficace, et tout à la fois facile à obtenir et à appliquer ; tel paraît être, si l'expérience ultérieure ne dément pas ses premiers résultats, celui que M. Morand vient de faire connaître dans le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire.*

On prend un mélange de six parties d'huile d'olive et d'une de cire jaune ; on en forme une espèce de boulette que l'on applique rapidement sur chaque piqûre, après avoir essuyé avec soin le sang qui en sort, condition essentielle, car le moindre liquide interposé entre le topique et la peau nuit à l'agglutination. Avec le doigt, on étend le pourtour de cette boulette sur la peau, afin de favoriser son adhésion. Si cette adhésion n'a pas lieu, et si le sang continue à couler, on ajoute une quantité suffisante de corps gras. Il en résulte une couche qui recouvre toutes les piqûres, et dont l'épaisseur doit être d'un centimètre au moins.

Si les circonstances rendent le mélange trop mou, on augmente sa consistance avec de la cire.

Après avoir laissé cette couche à découvert assez de temps pour espérer que l'hémorragie ne reparaîtra pas, on pose dessus un morceau de linge fin. Tout appareil compressif est inutile.

Ce mélange agit ici en obstruant la plaie, et donne alors au sang le temps de se coaguler.

« La première fois que je l'ai employé, dit

l'auteur (5 mars 1838), c'était pour le jeune Pressé, âgé de quatre ans, demeurant à Tours, faubourg La Riche, rue Sauvage, n° 2. Cet enfant était atteint d'une violente pleurésie. Pour la combattre, on avait mis, sur le côté droit du thorax, dix sangsues. Le sang coulait avec abondance. Quand on voulut l'arrêter, on ne put y parvenir; tous les moyens mis en usage avaient échoué; cependant l'enfant s'affaiblissait beaucoup. La petitesse du pouls, la pâleur du visage, le refroidissement du corps faisaient craindre une issue funeste. Dans ce danger extrême, il me vint à l'idée d'étendre sur chaque plaie *essuyée* une boulette d'un corps gras; et, comme je ne pouvais disposer à l'instant que d'une sorte d'encaustique composé de cire et d'essence de térébenthine, destiné à cirer les meubles, j'en appliquai une couche épaisse, au travers de laquelle le sang ne put transsuder. L'hémorragie cessa aussitôt.

« Depuis cette époque, et chaque fois que j'ai été dans la nécessité de parer à un accident de cette nature, j'ai fait usage du mélange de cire et d'huile, et, à son défaut, de graisse, de suif ou de beurre, et je m'en suis bien trouvé. »

BULLETIN CLINIQUE.

Observations de rupture du tendon d'Achille, *communiquées à la Société de chirurgie*, par M. Malgaigne.

Il n'y a pas bien longtemps encore que la rupture ou la section des tendons paraissait une chose grave, non pas sans doute par elle-même, mais par ses conséquences touchant la force et la motilité. Mais, depuis que la ténotomie a fait invasion en quelque sorte dans la médecine opératoire, toutes ces craintes semblent avoir disparu; on coupe les tendons comme on ouvrirait un abcès; on les coupe dans des conditions où l'on est certain qu'ils ne se réuniront pas bout à bout; et il ne semble être encore entré dans l'esprit d'aucun de nos ténotomistes de s'assurer de l'effet produit plus tard par ces divisions si facilement pratiquées. Quand on y a recours pour un pied-bot, il est difficile de savoir si la faiblesse ultérieure du membre provient de son atrophie ou de la section du tendon d'Achille; mais, lorsque de pareilles opérations se font pour des fractures, pour de simples rétractions des muscles, il serait à désirer qu'on nous apprît si, plus tard, les opérés n'ont pas eu grandement à s'en repentir. On marche bien, dit-on, avec un tendon d'Achille alongé de trois à quatre centimètres; mais à quelles conditions marche-t-on? On marche aussi assez bien avec le tendon rompu, et non encore réuni; mais les observations suivantes feront voir avec quelle faiblesse la marche s'effectue, et combien les malades sentent eux-mêmes le besoin de restituer à leur membre la force qu'il a perdue.

Obs. I. — ***Rupture du tendon d'Achille du côté gauche; réunion; état des fonctions 10 mois après.***

Le nommé Lecoq, marchand de vin à la Maison-Blanche, barrière Fontainebleau, n° 2, homme de 36 ans, d'un développement musculaire très-prononcé, et pesant environ 88 kilogrammes, se trouvait à un bal de noce dans la soirée du 14 octobre 1842. En s'élevant de terre pour faire un avant-deux, il ressentit subitement une violente douleur à la partie inférieure du tendon d'Achille de la jambe gauche, accompagnée d'un bruit sec et clair pareil à un coup de fouet. Il crut que, par une mauvaise plaisanterie, on venait de lui appliquer un coup sur la jambe, et, en se retournant pour témoigner son mécontentement, il fut fort surpris de ne trouver personne. En même temps il se sentit fléchir sur cette jambe, s'accrocha à l'un des assistants pour maintenir son équilibre, et regagna ainsi sa chambre à coucher. La douleur ne tarda pas à disparaître; il dormit tranquillement toute la nuit, et se leva le lendemain pour vaquer à sa besogne accoutumée. Il boitait bien un peu, mais il espérait que cela se passerait. Le deuxième jour après l'accident, il se rendit à pied de la Maison-Blanche à Montrouge, de Montrouge à Bercy, et revint de Bercy chez lui, sans même se servir de bâton; la course peut passer pour deux bonnes lieues. Enfin le 20 octobre, inquiet sur son état, il vint à ma consultation, et je constatai les phénomènes suivants.

Au niveau de la partie supérieure des malléoles, à 3 centimètres environ au-dessus du calcanéum, le doigt porté sur le tendon d'Achille rencontre une dépression très-sensible dans laquelle le pouce se loge facilement en travers, sans causer beaucoup de douleur. Cette dépression est limitée en haut et en bas par deux surfaces horizontales qui appartiennent évidemment à une section transversale du tendon d'Achille. En fléchissant le pied en avant, on augmente de beaucoup l'étendue de la dépression; par l'extension complète du pied uni à la flexion de la jambe sur le genou, on la fait disparaître; et les deux bouts du tendon arrivent au parfait contact. Le pied n'est nullement gonflé; seulement une

légère ecchymose occupe la région des deux malléoles et s'étend sur la face dorsale du tarse, sans qu'il en paraisse aucune trace en arrière, au niveau de la rupture. Le diagnostic ne pouvait être douteux; aux renseignements déjà notés, le malade ajouta les suivants; quand il marchait sur un sol uni, il n'éprouvait aucune douleur; mais si par hasard la pointe du pied venait à appuyer sur une saillie un peu plus élevée que le talon, à l'instant il ressentait vers la rupture une douleur rapide et supportable, qui, pourtant, suivant son dire, lui allait au cœur et le faisait presque défaillir. L'abaissement obligé du talon, dans cette circonstance, menaçait aussi notablement l'équilibre; il fléchissait sur les genoux et les hanches, et avait besoin d'un effort spécial pour se redresser. Comme il était venu à pied et s'en retournait à pied, je fis route avec lui pour l'examiner de plus près. Il marchait véritablement d'un bon pas et sans boiter; mais avec un certain degré d'inclinaison du corps en avant et de flexion dans le genou et dans l'aine; je l'invitai à se redresser, alors il n'était pas sûr sur ses jambes. Je m'assurai aussi, ce qu'il était facile de prévoir, que, pour monter les escaliers, il portait de préférence la jambe droite en avant, après quoi il tirait l'autre; cependant il pouvait monter de l'une et l'autre jambe, avec cette précaution toutefois d'appuyer ensemble la plante et le talon gauche sur la marche supérieure avant de soulever l'autre jambe.

Je le fis coucher, la jambe fléchie sur la cuisse, le pied étendu sur la jambe, le membre reposant sur sa face externe et élevé sur un coussin; une large bandelette de diachylon étendue du talon au-dessus du jarret, fixée par d'autres bandelettes circulaires, et soutenue par une bande, devait aider à maintenir la position. Je dis *aider*, car un mouvement que fit le malade suffit à allonger la bandelette et tout l'appareil, et m'avertit clairement que toute l'utilité que j'en retirerais serait de l'avertir de ne pas alonger sa jambe.

Huit jours se passèrent sans accident; mais le troisième jour, le malade se plaignait de vives douleurs dans le mollet, et M. le docteur Gaillard, qui était son médecin, desserra l'appareil.

Le 3 novembre, vingtième jour à compter de l'accident, je jugeai la consolidation assez avancée pour pouvoir enlever l'appareil tout en conservant la position; et je fus assez surpris de trouver toute la peau de la jambe qui avait été pressée contre celle de la cuisse, excoriée, rouge, suppurante, comme par l'effet d'un vésicatoire. Elle fut pansée à l'eau blanche.

Le 10 novembre, l'épiderme étant reproduit, je fis clouer à un soulier du malade un talon de 4 à 5 centimètres; une courroie circulaire en cuir serrait la cuisse au-dessus du genou; et une courroie fixée sous le talon du soulier venait se boucler à la partie postérieure du bracelet de la cuisse; appareil fort simple, et qui fut fait sans délai par un cordonnier du voisinage. Le soulier éculé était transformé en pantoufle; et le malade put se lever ainsi avec le pied étendu et la jambe fléchie au degré que je désirais; je lui recommandai néanmoins de ne pas encore poser le pied à terre, mais de se soutenir sur deux béquilles. Il y avait à cela deux avantages: premièrement, il allait et venait, donnant un coup d'œil à sa maison et à ses affaires; deuxièmement, la jambe s'accoutumait à reprendre la position verticale; et je l'avais enveloppée d'une bande roulée pour prévenir l'œdème. La réunion paraissait solide; on ne sentait plus de dépression; et c'est à peine si à un gonflement très-léger on pouvait reconnaître le lieu de la rupture; mais vu le poids de l'individu, je ne voulais rien risquer au hasard.

Le 17, trente-quatrième jour, je lui permis d'ôter une béquille et d'appuyer le pied à terre. Mais il survint un contretemps fâcheux; une inflammation aiguë s'empara de la bourse sus-rotulienne et le contraignit à garder le lit. M. Gaillard combattit cette inflammation avec succès; puis le malade se remit à marcher avec une béquille, après quelques jours avec un béquillon, et enfin sans aucun appui. Je le revis le 1er décembre, quarante-deuxième jour du traitement, quarante-huitième après l'accident; la réunion était solide; impossible d'apercevoir le point de la rupture; et il commençait à prendre confiance en sa jambe. Le 18 du même mois, ayant passé de ce côté, je le vis qui montait et descendait les escaliers, librement, toutefois encore avec une certaine appréhension, penchant un peu le corps en avant, et n'osant ni sauter ni courir. Je le fis sauter et courir devant moi; il n'y avait aucune sensation de faiblesse ni de douleur dans la jambe; mais seulement la crainte instinctive d'une récidive.

Enfin, il est venu me remercier environ 8 mois plus tard, le 23 août 1843. Par surcroît de prudence, il n'avait voulu reprendre ses travaux que 15 jours après ma dernière visite, mais aussi il avait promptement recouvré la plénitude entière des forces du membre. Aujourd'hui, dit-il, il monte, descend, court, danse avec la même vigueur qu'auparavant; cependant il a notablement engraissé depuis un an: de 88 kilogrammes, il est monté à 95. Il portait, avant sa rupture jusqu'à 350 à 400 kilogrammes; il dit qu'il se sent en état de les porter aujourd'hui; mais il n'a pas eu occasion d'en faire l'expérience. Le tendon, au lieu de la rupture, paraît épais, fusiforme, en sorte que l'espèce d'hypertrophie dont il est le

siége va en décroissant graduellement en haut et en bas. Il joue d'ailleurs très-librement sous l'aponévrose ; et il n'y a de roideur d'aucune espèce.

Dans ce cas, on peut noter la vive douleur ressentie au moment de la rupture ; la marche s'exécutant par la flexion du membre ; et l'espèce de tumeur du cal qui persistait encore après 10 mois. L'observation suivante offrira des phénomènes un peu différents ; absence de douleur notable, marche avec la jambe étendue ; mais surtout un amoindrissement de la jambe qui tient peut-être à l'âge du malade, peut-être aussi à ce que le dernier examen a eu lieu beaucoup plus tard.

Obs. II. — *Rupture du tendon d'Achille du côté droit ; réunion ; état du membre après 18 mois.*

Lefèvre, ancien serrurier, âgé de 60 ans, entra à l'hôpital des Cliniques, où je remplaçais M. J. Cloquet, le 19 janvier 1843. Le 7 janvier, c'est-à-dire douze jours avant son entrée, son pied droit s'était engagé entre deux pavés ; en voulant le retirer et le porter en avant, la pointe avait heurté contre un autre pavé, plus saillant que les précédents, et le tronc, d'après l'impulsion de la marche, allait se précipiter en avant, lorsque, par un violent effort, notre homme se rejeta en arrière, en fléchissant la cuisse sur la jambe ; et au même instant il ressentit un craquement près du talon, toutefois sans beaucoup de douleur. Cela ne l'empêcha pas de revenir chez lui à pied, mais en boitant. Suivant ce qu'il raconte, il tenait la jambe malade fortement tendue, et n'appuyait à terre de ce côté que par le talon, et surtout reportait presque tout le poids du corps sur la jambe saine ; ce qui explique de reste la claudication.

Le lendemain de l'accident, il fit ses courses comme la veille, cependant avec un peu plus de gêne ; il recommença les jours suivants ; mais enfin, voyant que la faiblesse de la jambe ne diminuait point, le douzième jour il entra à l'hôpital.

Le 20 janvier, à la visite, je constatai les phénomènes suivants : sur le trajet du tendon d'Achille, à trois centimètres environ au-dessus de son insertion au calcanéum, se rencontrait une dépression manifeste, où je pouvais loger en travers le doigt médius. Cette dépression disparaissait, non pas cependant entièrement, lorsqu'on pliait la jambe sur la cuisse et qu'on étendait le pied sur la jambe, mais, ce qui est plus remarquable, c'est que lorsqu'elle était le plus large, le doigt ne s'enfonçait pas également partout ; et au côté interne du tendon, on rencontrait, assez profondément, comme une corde qui en réunissait les deux bouts ; soit qu'une portion de ses fibres eût échappé à la rupture, soit que ce fût le tendon du plantaire grêle, ou bien enfin un engorgement partiel de la gaîne tendineuse ; ce que nous n'avions aucun moyen de vérifier.

Le pied était un peu fléchi sur la jambe, et le malade ne pouvait l'étendre volontairement ; mais si on l'étendait avec la main, il le maintenait dans cette position par la seule force de ses muscles.

Je fis lever et marcher le malade, pour étudier le mécanisme de la marche. Celle-ci était fort gênée ; le pied restant un peu fléchi, les orteils n'appuyaient point et le talon seul portait sur le sol. Le malade, ainsi qu'il nous l'avait dit, tenait la jambe roide et étendue, et marchait en inclinant le tronc du côté sain ; aussi la claudication était-elle très-sensible.

La rupture du tendon n'était pas douteuse ; je fis étendre le pied sur la jambe, fléchir la jambe sur la cuisse, et maintenir le membre dans cette position, à l'aide d'une cravate nouée sous la plante du pied, et dont les deux chefs remontaient de chaque côté du talon, pour se nouer aux chefs d'une autre cravate nouée autour de la cuisse, au-dessus du genou. Le membre fut couché sur le côté externe, le genou soutenu par un coussin.

Le lendemain, le malade se plaignait d'une douleur causée par la pression de la cravate inférieure sur le talon. On desserra un peu l'appareil, et la douleur disparut pour ne plus revenir.

Le 24, le vide laissé entre les deux bouts du tendon commença à se combler ; le 27, il était presque entièrement effacé. La consolidation marcha sans accident jusqu'au 16 février, vingt-septième jour de l'application de l'appareil, quarantième depuis la rupture. Ce jour-là, j'ôtai l'appareil et fis lever le malade, d'abord à l'aide de béquilles. Lorsqu'il eut fait un ou deux tours avec les béquilles, je les lui enlevai et le fis marcher seul. Il allait, mais en boitant beaucoup, n'osant appuyer sur le pied malade, sautant même à cloche-pied sur le membre sain quand on voulait précipiter sa marche. Seulement, au lieu de tenir la jambe étendue comme auparavant, il la gardait un peu fléchie.

Il nous fallut le raisonner et l'exercer beaucoup, pour le convaincre que sa jambe était assez forte pour le soutenir. Cette conviction une fois acquise, la force revint rapidement, et il demanda lui-même sa sortie, le 24 février. Il marchait alors assez bien, cependant avec un peu de faiblesse.

J'avais engagé ce malade à revenir me voir ; mais il m'avait oublié, lorsque, au moment de publier ce fait, j'ai cherché à le retrouver. Il est aujourd'hui aux Invalides, et est venu se soumettre à mon examen aujour-

d'hui 19 juillet, 18 mois environ après l'accident. D'après ce qu'il m'a dit, la faiblesse de la jambe a persisté environ quinze jours encore après sa sortie; mais ensuite le membre est redevenu aussi fort que l'autre; et il a pu faire, par exemple, sans fatigue, jusqu'à 10 lieues en un jour. Cependant il est remarquable qu'aujourd'hui la jambe droite est moins nourrie que la gauche. Au mollet, la première porte 28 centimètres et demi de circonférence, la seconde 31. Au bas de la jambe on trouve 19 centimètres à droite, 20 à gauche; et le malade déclare qu'autrefois, c'est la jambe droite qui était la plus grosse. On a beau palper le tendon d'Achille dans tous les sens; on ne trouve ni dépression, ni tuméfaction, en un mot aucun indice de la rupture qui a eu lieu.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches et observations sur les causes *des maladies scrofuleuses*, par J.-G.-A. Lugol, *médecin de l'hôpital Saint-Louis* (1).

Ainsi que l'auteur le déclare en commençant, la doctrine contenue dans cet ouvrage n'a aucun rapport avec ce que l'on a écrit de plus récent sur les causes et le diagnostic des maladies scrofuleuses; elle est même en contradiction avec ce qu'il avait enseigné antérieurement à ses recherches. Mais elle est le fruit d'une expérience personnelle de plus de trente ans, acquise au sein d'un vaste hôpital et d'une pratique étendue; et par la base solide sur laquelle elle est fondée, et par la haute portée qu'elle peut avoir, il importe de l'étudier avec une sérieuse attention.

L'épigraphe révèle tout d'abord l'idée prédominante du livre: *La santé des enfants tire son origine de la santé des parents.* Aussi peut-on résumer en peu de mots la doctrine étiologique de M. Lugol; les scrofules ne reconnaissent aucune cause occasionnelle et agissant sur l'individu; ils ont toujours une origine congéniale. Cela ne veut pas dire assurément qu'un enfant scrofuleux naît essentiellement de parents scrofuleux; des parents non scrofuleux peuvent très-bien donner le jour à des enfants scrofuleux, lorsque leur santé aura été compromise sous l'influence de certaines causes; et l'enfant hérite ainsi d'un vice de constitution que ses parents n'avaient pas. Mais l'hérédité proprement dite, la transmission de génération en génération, est la cause à beaucoup près la plus fréquente des scrofules.

Le premier fait, le fait le plus saillant que l'on rencontre dans l'étude des scrofules, c'est la généralité de la maladie dans la famille; non pas sans doute au même moment sur tous les individus, mais annoncée du moins par une prédisposition commune, la *complexion scrofuleuse*. A cette première preuve de l'hérédité, M. Lugol en ajoute une autre; c'est la mortalité qui sévit sur les familles scrofuleuses; de telle sorte que la mort moissonne la moitié des enfants scrofuleux dans les premières années de la vie, et que nulle autre affection n'occasionne une mortalité aussi hâtive et aussi générale. A l'appui de ce qui précède viennent des observations nombreuses et véritablement effrayantes. L'un des sujets traités par M. Lugol, sur dix-sept frères ou sœurs, en avait perdu quatorze; tous avant l'âge de six ans. Une autre, seul rejeton d'une famille de sept enfants, résiste jusqu'à vingt-neuf ans et vient mourir à Saint-Louis d'une affection tuberculeuse. Ces deux exemples suffiront pour donner une idée des autres; et en résumé, à peine si le cinquième des scrofuleux arrive à se marier.

L'hérédité ne se remarque pas seulement dans la ligne directe; elle s'observe dans les diverses branches issues d'une origine commune. Et pour compléter la démonstration, comme un seul des parents suffit pour imprimer ce terrible stigmate à sa postérité, s'il vient à mourir et que l'autre se remarie avec un individu d'une santé meilleure, les enfants du second lit ne participeront point à la complexion de ceux du premier.

Cette doctrine est si absolue et si désolante, que tout d'abord on incline à lui chercher des objections, et en effet elles ne manquent pas à qui veut les chercher. M. Lugol les aborde intrépidement de front, et répond à chacune. Peut-être ne fait-il qu'une seule concession en exception à sa règle; ainsi il regarde la transmission comme inévitable quand elle prend sa source dans la santé du père; mais dans quelques cas rares la transmission n'a pas lieu, lorsque c'est un homme sain qui féconde une femme scrofuleuse.

Cependant, direz-vous, que d'époux bien portants dont les enfants sont atteints de scrofules? M. Lugol répond; ils sont sains pour le moment, du moins en apparence; mais interrogez leurs antécédents, et vous verrez

(1) Un vol. in-8°, Paris, 1844.—Prix: 7 fr. —Chez Fortin Masson et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, 1. Même maison, chez L. Michelsen, à Leipzig.

qu'ils ont été scrofuleux à une époque antérieure.

Vous insistez, et vous avez vu des enfants naître scrofuleux de parents qui n'avaient jamais souffert de la scrofule.—M. Lugol réplique: attendez; combien de parents n'ont offert de signes de scrofules sur eux-mêmes qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux!

Mais, direz-vous encore, ceci est un échappatoire; et si les parents viennent à mourir sans avoir eu d'atteintes de la maladie, on dira donc que c'est une mort prématurée, en quelque sorte accidentelle, qui les en a exemptés? Une pareille réponse passerait à coup sûr pour peu concluante. — Eh bien, dit M. Lugol, voici une autre preuve; vous n'avez pu constater la scrofule sur les parents morts; regardez leurs parents vivants, les frères, les sœurs; vous trouverez le mal empreint chez ces membres si proches de la même famille.

Et enfin, et par une exception que les arguments précédents rendent de plus en plus rare, voici des enfants scrofuleux, et le père et la mère sont sains, et les frères, les sœurs, les oncles, les tantes, tous les ascendants sont sains. Vous pensez avoir gain de cause; l'implacable observateur vous jette une réponse plus désespérante que toutes les autres, l'adultère.

Il ne faut rien outrer cependant; et dans ces termes, la scrofule n'aurait jamais fait apparition dans le monde; bien plus, ainsi que M. Lugol le remarque lui-même, la mortalité si considérable parmi les scrofuleux aurait bientôt éteint la maladie, si elle ne s'entretenait que par l'hérédité.

Ainsi des enfants scrofuleux peuvent naître:

1° De parents syphilitiques; cette opinion n'est pas nouvelle, mais M. Lugol ajoute que le traitement antiphlogistique appliqué aux maladies vénériennes contribue surtout à frapper de scrofules les enfants à naître;

2° De parents qui ont fait abus des plaisirs vénériens;

3° De mariages trop précoces; ainsi tout homme qui se marie avant vingt-cinq ans doit être regardé comme sujet à donner une progéniture faible;

4° De parents trop âgés; ainsi à cinquante-deux ans la faculté génératrice de l'homme est déjà trop affaiblie pour donner de bons rejetons;

5° De parents déjà disproportionnés; si le père est moins âgé que la mère;

6° De pères valétudinaires, et qui n'ont pas la force comparative du sexe masculin;

7° De parents paralytiques, épileptiques, aliénés, cancéreux;

8° Enfin la scrofule peut-être transmise à un enfant sain par une nourrice scrofuleuse.

Après une pareille énumération, on conçoit à peine comment la race humaine tout entière n'est pas imprégnée de scrofules; et il n'est plus guère besoin, pour expliquer leur apparition chez les individus, leur extension sur l'espèce, des causes occasionnelles auxquelles on avait coutume de les rapporter.

Ainsi, on avait accusé la variole, la rougeole, la coqueluche, de développer des affections scrofuleuses. En effet, l'invasion de la scrofule a lieu fréquemment à la suite de ces maladies, ou si elle existait déjà, elle en reçoit une nouvelle intensité. Mais la conséquence qu'on en tire est erronée, selon M. Lugol; parce qu'on a négligé de tenir compte de la complexion scrofuleuse des malades; déjà chez eux la scrofule existait en germe, qui n'attendait qu'une occasion pour se développer. Il est donc plus vrai de dire que la variole, la rougeole, la coqueluche, sont alors compliquées avec la scrofule; aussi sont-elles plus graves chez ces sujets, et laissent-elles à leur suite des accidents qui sont dus à cette fatale complication.

Mais il est d'autres affections considérées comme causes de scrofules, et qui ne sont que les prodrômes de la maladie, qui ne se montrent conséquemment que chez des enfants scrofuleux. Telles sont la fièvre muqueuse, la fièvre de croissance, la dentition laborieuse, les affections vermineuses, les engelures, et même les affections morales tristes, la jalousie, etc.

Passé les premiers âges, on a vu les scrofules se développer chez les femmes à l'occasion d'une première grossesse, à la suite d'un avortement, ou de l'accouchement à terme; chez les deux sexes, à la suite d'un érysipèle, ou d'accidents syphilitiques. Dans tous ces cas, la scrofule préexistait; il y a donc là encore des occasions de manifestation, mais nullement des causes de production ou d'origine.

Arrivons maintenant à des causes d'un autre genre, qu'on peut nommer causes extérieures. Quoi, la scrofule endémique, celle qui frappe toute une population, ne reconnaît-elle pas ses causes dans l'influence du climat, et comme disait Hippocrate, de l'air, des eaux et des lieux? Question plus vaste et plus obscure qu'on ne le croit communément. Ainsi, d'après quelques faits assez négligemment observés, on regarde l'humidité comme la cause la plus puissante de la scrofule endémique. Cependant la scrofule est endémique à Madrid, où il n'y a en quelque sorte ni eau ni ombrages; et M. Lugol cite une foule d'exemples analogues. Il y a d'ailleurs ceci de remarquable; c'est qu'un homme sain allant s'établir dans une localité scrofuleuse, n'y contractera point la scrofule pour lui-même; tout au plus la verra-t-on appa-

naître à sa seconde ou troisième génération. A Paris, notamment, la scrofule se montre dès la troisième génération sur des enfants dont les aïeux sont venus s'y établir pleins de santé et de force; et une fois implantée dans la famille, elle ne la quitte plus.

Ainsi les causes endémiques n'agissent pas plus que les autres sur les individus, mais seulement sur leurs générations à naître; et il en est ainsi de toutes les autres causes. Ni l'humidité, ni le séjour dans les ateliers, ni le régime des prisons, ni le régime des camps ou des vaisseaux ne donnent la scrofule à ceux qui n'en portent pas le germe originaire; ce qu'on a dit de l'onanisme n'est pas plus fondé; et bien moins encore les reproches adressés à la vaccine.

Telle est la série des principales questions abordées dans l'ouvrage de M. Lugol, nous n'oserions dire résolues. Nous les avons exposées à peu près dans l'ordre suivi par l'auteur, sans les soumettre à aucune critique; mais nous ne terminerons pas sans faire quelques réserves. Il nous semble que ce qu'on peut surtout reprocher à l'auteur, c'est d'abonder un peu trop dans ses idées; et de formuler ses conclusions avec une rigueur telle que les unes ne laissent souvent pas de place aux autres. En effet, si l'on peut retrouver l'hérédité directe, à l'aide des maladies antérieures des parents, ou des maladies à venir, ou des frères, ou des cousins, ou enfin de cette hypothèse qui comble toutes les lacunes, l'adultère! comment juger l'influence de la syphilis, des abus vénériens, de l'âge des parents, etc.? Disons aussi que, pour M. Lugol, la scrofule est bien autrement étendue que pour les autres auteurs; d'abord, le caractère anatomique de cette affection est pour lui le tubercule; d'où vient que *complexion scrofuleuse* et *complexion tuberculeuse* sont synonymes sous sa plume. Ceci ne paraîtra pas extrêmement neuf à ceux qui n'y porteront qu'une attention superficielle; mais songez seulement que dans cette doctrine il n'y a plus qu'une cause des tubercules, l'hérédité, et vous saisirez une partie seulement de sa hardiesse et de son importance. Ce n'est pas tout; le rachitis, pour M. Lugol, est un symptôme de la scrofule; le bec-de-lièvre s'y rattache le plus communément, ainsi que d'autres difformités; de telle sorte qu'avant de discuter sur les causes, il faut d'abord s'entendre sur la nature et les variétés de la maladie elle-même.

En résumé, et bien que l'on puisse désirer plus de rigueur dans les démonstrations, il faut bien reconnaître dans ce livre une idée large et féconde, et une œuvre de haute portée. Sans doute la preuve échappe quelquefois : mais dans des questions si hautes et si difficiles, est-il même au pouvoir de l'homme de la donner d'une manière irréfragable? Ainsi sur la question de l'influence du climat, du sol, de l'humidité, M. Lugol avait conçu le projet de dresser une carte des scrofuleux de la France. Il pense que les résultats en seraient immenses : et nous croyons en effet que ce projet ne manquerait ni de grandeur ni d'utilité. Mais supposez cette carte tracée; pour en tirer des inductions légitimes, ne serait-il pas besoin de remonter aux autres causes, d'avoir, par exemple, la statistique des scrofuleux selon les lieux, les sexes, les âges; puis des documents sur leur origine et leur filiation, etc., etc.? Tel qu'il est déjà, l'ouvrage de M. Lugol appelle toute l'attention des praticiens; les économistes et les hommes d'état pourraient même y puiser d'utiles renseignements.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences. — 17 *juin.* — M. Szokalski écrit qu'il a pratiqué avec succès l'opération de la cataracte sur un vieillard de 104 ans.

1er *juillet.* — M. Morel-Lavallée lit un Mémoire sur des fausses membranes développées dans la vessie sous l'influence des vésicatoires aux cantharides appliqués à la peau. Dans les trois cas rapportés par M. Morel, les vésicatoires appliqués étaient très-larges; mais on y avait ajouté du camphre, ce qui doit beaucoup diminuer la confiance que l'on accorde à ce préservatif. Enfin une fois seulement le vésicatoire avait été mis près de la vessie, à l'hypogastre; dans les deux autres cas à la poitrine et à la tête. Les symptômes sont ceux de la cystite ordinaire, plus le rejet par l'urètre de lambeaux des fausses membranes.

8 *juillet.* — M. Martin présente un bras artificiel de son invention.

15 *juillet.* — M. Rigaud, professeur à Strasbourg, envoie le modèle en plâtre d'une omoplate qu'il a enlevée, avec une portion de la clavicule, sur un homme de 51 ans, auquel il avait pratiqué huit mois auparavant la désarticulation scapulo-humérale. Le sujet est aujourd'hui guéri depuis deux ans, et n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé.

Académie de médecine. — 18 *juin.* — M. Genest, rédacteur de la *Gazette médicale*, écrit à l'Académie qu'il est étranger aux articles injurieux contre trois de ses membres qui ont paru dans ce journal.

2 *juillet.* — M. Pravaz lit un Mémoire sur les moyens de remédier aux déformations du thorax par suite des déviations de la colonne vertébrale.

9 *juillet.* — M. Berthet, de Gray, lit une observation d'excision de la rate, dans un cas où cet organe s'était échappé au dehors par suite d'un coup de couteau dans l'abdomen. Nous reviendrons sur cette curieuse observation, de même que sur une autre communication du même auteur touchant les fistules vésico-vaginales.

M. Robert lit un Mémoire sur les fractures du col du fémur avec pénétration de la partie spongieuse du trochanter.

16 *juillet.* — Cette séance a vu la fin de la discussion sur l'ophthalmologie, commencée le 21 mai, reprise le 18 juin, et qui avait également occupé les séances des 25 juin et 2 juillet. Il est à regretter que cette discussion ait été ainsi morcelée, puis brusquement close, sans que les orateurs déjà engagés aient pu répondre, et que d'autres inscrits aient pu même exposer leur opinion. M. Gerdy avait dirigé une vigoureuse attaque contre les divisions et subdivisions arbitraires et infiniment trop nombreuses de l'école allemande et de l'école anatomique. M. A. Bérard a soutenu, dans une certaine limite, l'utilité des distinctions fondées d'abord sur le siége, puis sur la nature de l'inflammation. M. Velpeau rejette les différences de nature, et s'en tient aux différenees de siége. M. Roux se proposait de se porter conciliateur, suivant ses expressions, entre les opinions trop absolues de M Gerdy et de M. Velpeau. Cela suffit pour faire voir dans quelle anarchie se trouve en ce moment cette partie de la science, et quel intérêt aurait pu présenter un débat plus sérieusement poursuivi.

— Le concours pour l'agrégation en chirurgie est terminé. Les quatre agrégés nommés pour la chirurgie proprement dite sont : MM. Gosselin, Voillemier, Giraldès et Marchal (de Calvi). M. Cazeaux a été nommé agrégé en accouchements.

— La Faculté de Montpellier vient aussi d'avoir son concours pour l'agrégation en chirurgie. Il y avait deux places; il y a eu deux concurrents. On pourrait croire, dès lors, qu'ils ont été nommés à l'unanimité ; en aucune façon; ils ont eu chacun 6 voix sur 7. Ce sont MM. Benoît et Quissac.

En anatomie et en physiologie, il n'y a qu'une place à donner; chose fort heureuse assurément, car il n'y a qu'un candidat unique, M. Vergez. Cela ne prouve pas que les études anatomiques et chirurgicales soient bien fortes à Montpellier.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

// JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

AOUT 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe de l'œil, *et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert ;* par **P.-N. GERDY**, *chirurgien de l'hôpital de la Charité de Paris.* (Suite et fin.)

Malgré le grand nombre d'opérations proposées contre le trichiasis et l'entropion, nous nous trouvons trop souvent embarrassés pour guérir, soit un trichiasis partiel ou général, soit un renversement interne du bord de l'une ou des deux paupières. Cet embarras, cette impuissance a fixé mon attention depuis plusieurs années.

Il y en a maintenant huit ou dix, que je fus consulté par un malade qui avait essayé beaucoup de moyens pour se débarrasser d'un trichiasis insupportable. On avait excisé plusieurs fois la peau de la paupière supérieure parallèlement à la longueur de cet organe; je l'excisai moi-même, avec aussi peu de succès que ceux qui avaient donné des soins au malade avant moi. Je me demandai alors s'il ne conviendrait pas de reséquer tout le bord de la paupière supérieure, en portant l'excision jusqu'au delà des bulbes des cils. Je dus examiner jusqu'où ces bulbes s'étendaient, afin de ne pas m'exposer, d'une part, à ne les retrancher qu'en partie, et, d'autre part, à exciser une trop grande partie de la paupière supérieure et à laisser l'œil à nu. Je reconnus qu'il suffisait de retrancher une bandelette de 4 millimètres de largeur au plus le long du bord libre de la paupière supérieure, et de trois le long de l'inférieure, si elle était elle-même affectée. En consi-

dérant l'état de la paupière de mon malade, l'ancienneté de sa maladie, ses souffrances continuelles, la vive envie qu'il avait de guérir, je me décidai à l'opérer, et je n'eus qu'à m'en louer. Depuis cette époque j'en ai agi de même dans quelques autres cas, avec non moins de succès. Mais le fait que je vais rapporter montrera mieux encore la valeur de ce procédé, que je n'emploie pourtant que lorsqu'un procédé plus simple encore, l'excision de la peau de la paupière, paraît devoir être insuffisant, ou que cette insuffisance est déjà prouvée par des tentatives antérieures inutiles.

Cancer des paupières; ablation de la paupière supérieure en totalité et d'une partie de l'inférieure.—Guérison qui prouve qu'il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer alors la blépharoplastie. (Observation recueillie par M. Levavasseur, interne de la Charité.)

Daunay (Jean-Baptiste), âgé de 42 ans, cultivateur, demeurant à Saint-Ouen (Seine), est entré, le 8 février 1844, à la Charité. Cet homme y était venu déjà quatre ans auparavant. Il portait alors depuis trois ans, à deux ou trois lignes environ en dehors de l'angle externe de l'œil gauche, une petite tumeur, grosse comme une lentille, et dont la surface ulcérée reposait sur une base indurée. Elle causait au malade des démangeaisons très-vives et souvent une douleur lancinante. Il paraît aussi qu'en même temps il existait à l'une et l'autre paupière un renversement des cils en dedans. Traitée d'abord inutilement par une pâte caustique, la tumeur fut ensuite enlevée au moyen du bistouri. L'opération consista dans l'ablation de la tumeur, ainsi que dans la résection du bord des paupières supérieure et inférieure, dans une étendue qui comprenait les bulbes des cils. La plaie qui en résulta à l'angle externe fut réunie par une suture enchevillée. Les deux paupières, rapprochées de cette façon dans une petite étendue de leur portion externe, s'agglutinèrent de manière à amener la diminution du diamètre transverse de leur ouverture. Dans le reste de leur étendue, elles se cicatrisèrent isolément. Aujourd'hui on voit à l'angle externe une légère cicatrice linéaire; les bords des paupières n'ont plus de cils et sont formés par un tissu cicatriciel. L'épaisseur de ces bords est moindre que pour l'œil droit. La paupière inférieure tendue n'offre pas de plis. Telles sont les suites de la première opération qui fut faite au mois de juillet 1840.—Au mois de décembre 1842, le malade revint à l'hôpital. Une petite tumeur dure et douloureuse existait alors, déjà, dans la paupière supérieure de l'œil gauche. Il sortit au bout de cinq jours. Depuis cette époque jusqu'à sa rentrée à la Charité, au mois de février dernier, il a employé diverses médications, tant internes qu'externes, qui n'ont nullement empêché la tumeur palpébrale de s'accroître. Le 8 février 1844, elle offre les caractères suivants:

La peau de la paupière ne présente nulle altération de couleur; elle est soulevée par une tumeur paraissant avoir le volume d'un haricot. On sent que cette tumeur est très-adhérente à la peau qui paraît un peu amincie. Ses deux extrémités sont distantes d'un demi-centimètre environ de chaque angle de l'œil; sa largeur ou sa hauteur est d'un centimètre à peu près. Le cartilage tarse semble compris dans son épaisseur. La muqueuse n'est pas altérée. La surface de la tumeur est dure, un peu inégale; le malade ressent de temps à autre des douleurs lancinantes très-aiguës. La paupière inférieure offre une maladie semblable dans la partie interne du cartilage tarse; mais elle est moins prononcée et moins considérable qu'à la supérieure.

Depuis le 8 février jusqu'au 8 avril, on emploie successivement, pour tenter, sans opération, la guérison de la maladie ou du moins la réduction de son volume, les moyens suivants: trois applications de quinze à vingt sangsues sur la paupière, à dix et quinze jours d'intervalle, des cataplasmes de fécule de pomme de terre, de l'iodure de potassium à l'extérieur et à l'intérieur, à la dose de vingt à vingt-cinq centigrammes. Ces moyens n'amènent pas d'amélioration. Les frictions d'iodure de potassium ont même paru donner lieu à une augmentation de volume. Alors M. Gerdy se décide à enlever la tumeur.

Le 8 avril, il divise l'angle externe des paupières, puis circonscrit la tumeur de la paupière supérieure par une incision demi-circulaire à concavité inférieure, commençant à 3 millimètres de l'angle interne, en dehors du point lacrymal supérieur, et finissant à l'angle externe même. L'opérateur emporte toute la portion comprise dans cette incision, à l'exception d'une petite portion de la muqueuse qu'il réserve vers l'angle externe, pour doubler le bord de la plaie supérieure à l'endroit qui doit correspondre à l'angle externe des paupières, et empêcher l'adhésion de ces deux organes de se prolonger en dedans.

Cette partie de l'opération terminée, la tumeur de la paupière inférieure est excisée à son tour ainsi que le bord de cette paupière.

Alors M. Gerdy, pour s'assurer de la nécessité de remplacer la paupière supérieure par une nouvelle paupière, commande au malade de fermer l'œil opéré; le malade le ferme complétement en fronçant les sourcils. Dans ce mouvement, le sourcil du côté opéré s'abaisse assez, ainsi que la portion de peau inférieure au sourcil, pour recouvrir en totalité le globe de l'œil. Ce fait permettant de douter de l'utilité de la blépharoplastie projetée d'abord, on en épargne la souffrance au malade. Une compresse imbibée d'eau froide est placée et maintenue sur l'œil par une bande peu serrée.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, on a soin de continuer l'application de compresses froides. Au bout de quelques jours, la plaie fournit une légère suppuration; des bourgeons charnus s'élèvent sur les bords de la muqueuse et de la peau. Réprimés par le nitrate d'argent, ils forment peu à peu un tissu cicatriciel mince, uni, luisant et solide, qui constitue le bord de la paupière supérieure. Dès le 20 avril on a pu apprécier les résultats de l'opération. A la simple vue, il n'y a que peu de différence d'aspect entre les deux yeux; l'œil gauche se ferme entièrement par un clignement légèrement forcé qui abaisse le sourcil et la peau sous-jacente. Si le clignement est léger, les deux paupières ne sont pas tout à fait en contact; elles sont séparées en un point par un intervalle de 2 millimètres environ. Néanmoins la cornée transparente se trouve garantie par un mouvement coïncidant de l'œil en haut, en sorte que la sclérotique est seule apparente dans l'interstice des paupières. Ce mouvement de clignement se renouvelle sans peine et naturellement, chaque fois que se ferme l'œil du côté opposé. Pendant les derniers jours d'avril, la cicatrisation du bord palpébral, complète dans les trois quarts externes, se termine vers la partie interne où existent encore quelques petits bourgeons charnus qu'on ne voit d'ailleurs qu'en relevant en dehors la paupière. On distingue aussi sur la moitié interne de la cornée une ulcération qui avait échappé jusque-là, probablement à la faveur de l'obscurité où était plongé le malade sous ses rideaux. Aujourd'hui, 8 avril, l'œil opéré présente les mesures suivantes :

Le diamètre de l'œil droit, d'un angle à l'autre, a deux centimètres et demi; le diamètre de l'œil gauche, deux centimètres.

La hauteur de la paupière supérieure droite est de trois centimètres depuis l'arcade sourcilière et le bord inférieur du sourcil jusqu'au bord palpébral. La hauteur de la paupière gauche comprise entre ces limites est d'un centimètre seulement.

Le 8 avril, le malade pourrait sortir de l'hôpital; il n'y reste que pour attendre la guérison de la légère ulcération de la cornée aperçue, il y a quelques jours, à l'angle interne de l'œil. Nous avons aussi observé que la pupille de cet œil est beaucoup plus large que celle du côté opposé.

La tumeur enlevée, perdue malheureusement pendant l'opération, n'a pu être examinée; elle devait être formée d'un tissu squirreux peu enflammé et peu ramolli, car il était assez ferme et doué de peu de sensibilité physique, quoiqu'il fût le siége de picotements et d'élancements.

Remarques.— I° L'observation de Daunay inspire des réflexions d'une grande importance. Mais il en est deux surtout que je désire mettre en relief: ce sont les conséquences qui découlent de la première, et celles qui découlent de la seconde résection des paupières.

Je m'arrêterai même, en finissant, sur un fait très-remarquable que j'ai aperçu depuis quelques jours : c'est que les points lacrymaux sont invisibles et que cependant il n'y a point de larmoiement.

Conséquences de la première résection des paupières.—Quoique je sois l'auteur de cette première opération, je n'en ai qu'un souvenir très-confus ; je n'ai pu d'ailleurs en retrouver l'histoire dans mes observations ; mais les renseignements que nous a fournis Daunay, l'état des paupières au moment de son entrée à l'hôpital au 8 février de cette année, les principes que je suis habituellement dans le traitement du trichiasis depuis environ dix ans, ne me laissent guère d'incertitude sur la première opération que j'ai pratiquée à mon malade.

Il déclare que cette opération l'a débarrassé d'une petite tumeur de l'angle externe de l'œil; que cette tumeur était dure, ulcérée, accompagnée de démangeaisons vives, de picotements d'aiguille; qu'elle existait depuis trois ans et avait résisté à tous les moyens employés pour la guérir. Il raconte encore que les paupières ont été en par-

tie coupées. La cicatrice de l'angle externe, celle des bords des paupières, l'absence complète des cils du côté opéré seulement, ces faits, réunis aux précédents, ne me permettent pas de douter que Daunay a été affecté d'un cancer cutané, d'un *noli me tangere*, vers l'angle externe de l'œil gauche; que le bord libre des paupières a été affecté aussi d'une maladie quelconque qui renversait les cils en dedans de manière à irriter la surface de l'œil; car j'ai l'habitude de traiter, ainsi que je l'ai dit, cette affection par l'excision du bord libre des paupières, lorsque je ne puis espérer de la guérir par des moyens plus simples. Je la pratique d'une extrémité à l'autre du bord palpébral, immédiatement au delà des bulbes pilifères, c'est-à-dire à environ quatre millimètres du bord libre de la paupière. Je me rappelle même, positivement, avoir enlevé il y a quelques années, chez un malade, en dehors de l'orbite, un lambeau de peau triangulaire à sommet dirigé vers la tempe, à base tournée vers l'œil, après quoi j'excisai le bord des paupières; mais je n'en sais plus les motifs, et je ne me rappelle plus si c'est bien sur Daunay que j'ai pratiqué cette opération.

L'expérience m'a prouvé que, lorsque la résection a bien été pratiquée au delà des bulbes, la maladie est parfaitement guérie; que d'ailleurs les paupières suffisent encore, par leur étendue, pour recouvrir l'œil et le protéger; qu'il n'y a point de larmoiement, comme on aurait pu le craindre, et que la difformité la plus apparente qui en résulte consiste en ce que les bords des paupières sont dégarnis de cils. Or, c'était le cas de Daunay au moment de son arrivée à l'hôpital. Comme j'attendis assez longtemps avant de me déterminer à lui pratiquer une seconde opération, mes élèves et moi avons eu le temps d'observer chez lui les effets de la première excision du bord des paupières; nous avons pu vérifier et faire vérifier par beaucoup de personnes les avantages du procédé que nous avions adopté. Lorsqu'on ne porte pas la résection des paupières au delà des bulbes, on n'a pas toujours un succès complet. Les cils se reproduisent alors plus faibles, plus fins et quelquefois déviés, mais on peut toujours pratiquer de nouveau l'opération pour la rendre parfaite, si la chose est indispensable, Lorsque le succès obtenu ne suffit pas aux désirs du malade, on termine la cure par l'arrachement des cils repoussés et une légère cautérisation.

Daunay n'étant point dans ce cas, et l'état de ses paupières ne lui laissant rien à désirer, je ne l'aurais probablement jamais revu, s'il n'eût été ramené à l'hôpital par la répullulation de son carcinome dans les deux paupières de l'œil gauche déjà opéré. Cette récidive, en m'obligeant à enlever toute la paupière supérieure et une partie de l'inférieure, en laissant encore à Daunay la faculté de fermer entièrement l'œil par un effort, montra mieux que je ne l'aurais pu faire par des exemples d'excision partielle des paupières, combien il est rationnel de combattre le trichiasis rebelle par la résection du bord cilifère de la paupière malade, ou des paupières, si elles sont toutes deux affectées.

Non content des résultats que j'ai obtenus de la résection du bord libre des paupières chez l'homme, j'ai retranché la paupière supérieure tout entière chez un chien. L'animal, après la guérison, couvrait parfaitement l'œil avec la paupière. Mais l'œil restait un peu rouge et un peu humide, parce que les poils de la peau de la région du sourcil pénétraient dans l'ouverture inter-palpébrale et restaient collés à la surface de l'œil. Malgré cette disposition fâcheuse, l'animal était fort gai et paraissait en peu souffrir. Je me proposais d'enlever ensuite la paupière inférieure pour voir jusqu'à quel point le pauvre animal aurait pu recouvrir l'œil par l'action du muscle palpébral, mais sa douceur et sa gaîté m'ont touché; et j'ai voulu lui épargner de nouvelles souffrances, malgré l'envie que j'avais de savoir ce qui serait arrivé.

Maintenant que j'ai exposé des faits qui prouvent jusqu'à quel point l'œil court peu le risque de rester à découvert après l'excision du bord libre d'une et même des deux paupières, je puis apprécier beaucoup plus sûrement la valeur relative des méthodes et des procédés opératoires proposés contre le trichiasis et l'entropion.

1° Le redressement mécanique des cils par des emplâtres ou par des ophthalmostats

est un moyen si simple que je lui ai fait trop d'honneur de le classer parmi des opérations; et si un cas de trichiasis a guéri pendant son emploi, je crois qu'il aurait pu guérir aussi sans son emploi et sans opération. Une pareille méthode ne mérite pas de nous occuper davantage.

2° Si l'arrachement des cils, pratiqué une seule fois, a été suivi de guérison, je doute qu'alors la déviation fût réelle. S'il faut arracher plusieurs fois les cils, c'est déjà une opération douloureuse par ses manœuvres, pénible par ses suites, surtout au moment où les cils, courts et roides, tourmentent l'œil plus vivement que jamais. Mais le plus grave de cette méthode, c'est qu'elle est fort longue et très-souvent infidèle. Cependant, comme elle épouvante peu le malade et le fait peu souffrir, on peut l'essayer, s'il l'exige, jusqu'à ce qu'il s'en lasse.

3° L'arrachement des cils avec topiques irritants et cathérétiques appliqués ensuite sur l'ouverture des bulbes, est une opération douloureuse, aussi impuissante que la méthode précédente; on ne peut donc pas la lui préférer; elle est même sans valeur.

4° La caustication est plus puissante que l'arrachement, elle peut réellement guérir; mais elle est longue, délicate, et doit être fort douloureuse, qu'on la pratique avec l'acide nitrique, le sulfurique, la potasse, la soude ou tout autre caustique. L'action du remède peut s'étendre trop loin, elle peut être suivie de rétraction du bord de la paupière et d'autres inconvénients. C'est une mauvaise méthode et une méthode peu pratique lorsqu'on veut l'appliquer à tout le bord palpébral, mais beaucoup plus facile lorsqu'on l'emploie contre un trichiasis partiel et peu étendu.

5° La cautérisation a les mêmes défauts à un plus haut degré et moins de puissance encore, parce qu'elle est moins maniable, plus difficile à borner. Au total, elle est moins pratique encore que la précédente.

6° L'ablation d'une partie de la peau de la paupière peut très-bien procurer la guérison dans certains cas. C'est une opération d'une pratique facile, peu douloureuse quand on se borne à l'excision de la peau, et elle ne laisse qu'une cicatrice peu visible quand elle est bien exécutée; mais elle est souvent insuffisante. Si, comme Celse et les anciens, Crampton, Guthrie et d'autres chirurgiens modernes, on fend le cartilage tarse, on peut en faire une opération très-pénible, très-défigurante. C'est trop de douleur pour un moyen médiocre, infidèle et toujours incertain. On ne la rendrait pas meilleure en y ajoutant, comme Morand, l'excision transversale de la peau du front au dessus du sourcil.

7° L'ablation de la peau par pincement est peu digne d'un chirurgien par la longueur du temps qu'elle exige. Cependant elle pourrait convenir à un malade pusillanime; mais alors il faudrait la pratiquer avec une pince plus légère à porter que celles qu'on trouve dessinées dans Heister et dans d'autres auteurs. Elle aurait l'avantage de ne pas répandre de sang et de ne produire que peu de suppuration.

8° L'excision du bord de la paupière, pratiquée au delà des bulbes cilifères, est une méthode qui, exécutée avec des ciseaux, est d'une pratique très-simple, très-facile et très-prompte. Elle n'est pas plus douloureuse que l'excision d'un pli cutané de toute la largeur de la paupière, elle altère un peu la beauté de la paupière en la privant de cils, mais elle ne la rend point difforme, ne laisse pas l'œil à nu, ne cause ni lippitude, comme on l'a supposé, ni larmoiement; et comme elle enlève toutes les racines des cils, il est évident qu'ils ne peuvent plus se reproduire déviés et irriter l'œil; c'est donc la méthode la plus rationnelle qu'on puisse imaginer. Cependant M. Mackenzie lui reproche de n'être pas *ingénieuse!*

Si elle ne raccourcissait pas un peu la paupière, ne la privait pas de ses cils et ne causait pas un peu de trouble dans la symétrie des yeux, je la préférerais à toutes les opérations précédentes.

Devrait-on lui préférer l'excision des bulbes pilifères en conservant, comme Saunders et Vacca, le cartilage tarse? J'en doute. Cette ablation est une opération délicate: il est très-difficile d'enlever tous les bulbes; par suite l'opération est longue, douloureuse,

insupportable. L'opération achevée, le bord de la paupière, dont la peau est plus courte que le cartilage, doit offrir une cicatrice difforme et rapetisser la paupière, à peu près comme l'excision entière du bord palpébral. Si cependant l'expérience ne justifiait pas ces craintes, si ces prévisions étaient sans fondement, peut-être devrait-on préférer l'excision des bulbes cilifères à l'excision du bord entier des paupières.

Dans les cas de trichiasis partiel, l'excision triangulaire du bord me paraît, quoique bonne pour atteindre le but, inférieure à la cautérisation ou à l'excision des bulbes.

9° La blépharomyotomie extérieure et la blépharomyotomie sous-cutanée forment une méthode sur laquelle mon expérience et ma raison ne me permettent pas encore de me prononcer.

Il résulte de tous ces faits, et comme conclusions définitives: 1° que, dans un cas de trichiasis douteux et très-léger, on doit essayer l'arrachement simple ou même répété un certain nombre de fois; 2° que, dans le cas d'insuccès ou dans le cas de trichiasis très-évident et général, on doit faire l'excision cutanée d'abord, et ensuite l'excision du bord palpébral d'après le procédé que nous avons adopté, qui est beaucoup plus simple que les autres; 3° que, dans le cas de trichiasis partiel, on doit pratiquer la cautérisation bulbaire plutôt que l'excision triangulaire.

II° Le fait de Daunay n'est pas seulement important par les lumières pratiques qu'il fournit pour la cure radicale du trichiasis, il intéresse vivement encore la chirurgie sous un autre rapport. Il montre qu'il faut se garder de désespérer de la puissance de la nature dans les plus graves lésions des paupières, et qu'on ne doit pas se décider légèrement à tailler dans le front, la tempe ou la pommette, un ignoble lambeau de peau pour lui faire usurper la plus noble place de la physionomie. Les paupières sont des organes si minces et si délicats, si réguliers et si beaux, dans l'arrangement qu'elles forment avec l'œil; elles sont si souples, si mobiles et si rapides dans leurs mouvements; elles jouent un rôle si puissant dans l'expression, par la manière dont elles cachent ou découvrent les yeux, qu'il est difficile de les remplacer avec avantage par un morceau de peau emprunté au voisinage. Il en résulte toujours une chose disgracieuse et sans nom, qu'on ne peut appeler une paupière, une chose qui altère profondément la physionomie, gêne la vue du patient, choque celle de ceux qui le regardent, et ressemble plus à un emplâtre informe qui enlaidit qu'à une paupière propre à embellir, à protéger l'œil et à l'aider dans ses fonctions.

Assurément, si nous ne considérions que la laideur, l'impuissance, les imperfections de ces prétendues paupières que nous moutrons avec orgueil quand nous en sommes les auteurs, par suite d'une faiblesse toute paternelle; si surtout nous considérions les douleurs que coûtent ces horribles paupières, nous effacerions à toujours la blépharoplastie comme la rhinoplastie de la médecine opératoire. Mais nous ne voulons pas, pour un membre indigne, rejeter et proscrire toute la famille des *plasties*. Si, par les pièces que l'autoplastie rajuste, tant bien que mal, à force d'aiguilles, d'épingles et de fils cirés ou non cirés, la blépharoplastie ressemble bien plus à une opération de tailleur qu'à une opération de chirurgie; si elle y ressemble encore souvent par le contraste de couleurs des parties rapportées, qui rappellent involontairement le contraste d'une pièce neuve appliquée sur une étoffe usée dont elle couvre et dissimule les infirmités; si elle rabaisse un peu l'art, du moins elle est parfois réellement utile et doit être conservée.

Néanmoins le fait de Daunay, que nous venons de relater, prouve que la nature peut, par le secours du muscle palpébral, ramener assez puissamment la peau des environs de l'œil sur cet organe, pour le recouvrir entièrement et le protéger contre la lumière et l'atmosphère, malgré la perte entière de la paupière supérieure et d'une partie de l'inférieure. Il montre encore que, dans certains cas, il y aura plus d'avantage, après une ablation ou une destruction de la paupière supérieure et d'une partie ou de la totalité de l'inférieure, à abandonner d'abord le mal à la nature que de chercher d'abord à la réparer par la blépharoplastie; qu'on ne devra recourir à cette dernière que lorsque la

nature se montrera impuissante à protéger l'œil contre l'action de la lumière et de l'atmosphère, et qu'on ne pourra point y parvenir non plus par des lunettes ou un masque partiel approprié aux parties.

Je n'abandonnerai pas ce sujet sans citer à l'appui de ces conclusions quelques faits que j'emprunterai à Mackenzie et à M. Laugier, l'un de ses traducteurs, chirurgien de Beaujon.

« La paupière supérieure, dit le premier de ces chirurgiens, peut, beaucoup mieux qu'on ne pourrait s'y attendre, suppléer à la perte de la paupière inférieure, et celle-ci, à la perte de la supérieure (1); » puis, un peu plus bas, il rapporte à l'appui de sa proposition deux observations que j'abrége.

« Daviel fut appelé à Bordeaux auprès d'une religieuse âgée de 45 ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis 20 ans sur la paupière supérieure droite. La tumeur extirpée une première fois, la plaie ne se cicatrisa pas, elle devint calleuse et fit de grands progrès. Daviel ayant alors passé sous la paupière supérieure une aiguille courbe armée d'un fil ciré, avec lequel il souleva la paupière et la tumeur, il excisa celle-ci avec une paire de ciseaux courbes aussi loin qu'il put sous la voûte orbitaire. Bien que la paupière ait été excisée très-haut, l'œil est resté sain et remplissant bien ses fonctions. Daviel revit sa malade au bout de six ans ; sa santé s'était soutenue, la peau descendait très-bas au-devant de la cornée, en sorte que le globe de l'œil était presque entièrement caché, et ressemblait à une paupière dénuée de cils. »

« Une femme de 42 ans réclama les secours de la médecine contre un carcinome de l'angle interne des paupières qui occupait le tiers interne de ces organes, la caroncule, et avait altéré la conjonctive. Graëfe l'enleva, et après l'opération l'œil se trouvait à découvert dans presque toute la moitié interne de son hémisphère antérieur. Au bout de trois semaines les paupières étaient réunies par une cicatrice, de telle manière qu'il n'existait pas la plus légère difformité et que l'œil était complétement recouvert. La commissure de nouvelle formation n'avait ni points lacrymaux, ni caroncules, etc. La perte des conduits lacrymaux ne produisit point l'épiphora, comme on pouvait le craindre. Rudolphi, pas plus que Graëfe, ne découvrit la nouvelle voie des larmes (2). »

A ces faits M. Laugier ajoute dans ses notes : « Il est plus que douteux que, dans le cas de cancer, il soit indispensable ou même avantageux de faire de toutes pièces une paupière nouvelle par les moyens connus de blépharoplastie. La difformité qui résulte, par exemple, de l'ablation de la paupière inférieure cancéreuse est réellement très-faible. L'un de nous (M. Laugier) a enlevé deux fois, dans le cours de cette année 1843, cette paupière pour un cancer. La seule contraction du tissu de la cicatrice a suffi pour remonter la joue au niveau du bord inférieur de l'orbite (3). »

M. Laugier a bien voulu me communiquer ces observations qu'il venait de publier dans sa traduction de Mackenzie, au moment où je présentais Daunay à l'Académie de médecine (séance du 21 mai 1844) et où j'annonçais les conséquences pratiques que j'en déduisais et que je devais lire à l'Académie (4). Mais l'abondance des travaux ayant empêché ma lecture, je me suis décidé à publier ce petit travail dans le journal de M. Malgaigne. Nous sommes donc arrivés séparément, M. Laugier et moi, à des conclusions analogues contre la blépharoplastie. Cette simultanéité d'opinions, non concertée, donne plus d'autorité à ces opinions qu'elles n'auraient droit d'en avoir si elles étaient concertées.

III° Une troisième et dernière remarque doit arrêter notre attention. Bien que, dans l'opération pratiquée sur Daunay, j'aie cherché à épargner les points lacrymaux, soit qu'ils aient été atteints par l'excision des paupières, soit qu'ils aient été oblitérés con-

---

(1) Mackenzie, trad. par Laugier et Richelot, p. 111.

(2) *Loco cit.*, p. 111-112.

(3) Ibid., notes, p. VIII.

(4) Voy. journal l'*Expérience*, n° 360, 23 mai 1844.

sécutivement par les cautérisations qu'il a fallu pratiquer pour éviter l'adhésion des paupières l'une à l'autre vers l'angle interne, toujours est-il qu'aujourd'hui on n'en voit pas de trace. J'ai cherché à m'assurer au moins de l'existence de l'ouverture des conduits lacrymaux, en injectant le canal nasal de bas en haut, avec une canule; l'eau s'est toujours échappée par les narines, et jamais par l'angle interne de l'œil. Je suis donc porté à penser que les conduits lacrymaux sont aujourd'hui oblitérés du côté gauche. Néanmoins, il n'y a pas de larmoiement à l'œil, comme chacun a pu s'en assurer à ma clinique. Comment se fait-il alors qu'il n'y ait pas épiphora ? je l'ignore. Mais le fait n'en est pas moins remarquable, et il l'est d'autant plus qu'il ajoute une obscurité de plus aux obscurités déjà trop nombreuses qui existent sur la sécrétion lacrymale, sur ses usages, sur son importance, sur les caractères qui lui sont propres, sur les maladies des voies lacrymales, et sur leur traitement.

Si les sciences se composent des connaissances que l'on sait avoir, elles se composent aussi des connaissances dont on sait manquer sur un sujet quelconque : l'ignorance connue est de la science. Il convenait donc de remarquer, dans l'histoire pathologique de Daunay, l'absence d'épiphora malgré la destruction des points lacrymaux et l'oblitération très-probable des conduits lacrymaux, comme il conviendra une autre fois, en arrêtant notre attention sur la fistule lacrymale et sur son traitement, de montrer combien nous sommes encore ignorants sur cet autre sujet.

On a déjà vu, par l'observation de Graëfe, citée plus haut, un fait d'oblitération des points lacrymaux. Ce sont donc deux faits qui prouvent que l'oblitération des points et des conduits peut n'être suivie d'aucun inconvénient.

En résumé, j'ai commencé par une histoire critique des opérations opposées au trichiasis et à l'entropion ; j'ai ensuite rapporté en détail l'observation de Daunay, qui me paraît très-propre à faire ressortir la valeur de l'excision du bord des paupières contre le trichiasis et l'entropion. Cette intéressante observation prouve que l'on peut guérir les renversements des cils les plus rebelles et les plus graves par l'excision du bord cilifère entier des paupières, sans que l'œil reste à nu, sans qu'il y ait de difformité choquante, sans qu'il en résulte d'inconvénient grave pour le malade ; que l'on doit l'employer quand l'excision de la peau a été insuffisante et quand le trichiasis occupe la plus grande partie du bord de la paupière. Elle prouve encore que la paupière supérieure tout entière et une partie de la largeur de l'inférieure peuvent être enlevées ou détruites sans que l'on soit obligé de réparer cette perte par de nouvelles paupières, au moyen de l'opération douloureuse de la blépharoplastie ; que la nature, convenablement secondée, peut alors guérir le mal sans que l'œil reste exposé à l'air et à la lumière, sans qu'il y ait aucun larmoiement, bien que le prétendu canal palpébral, dont M. Magendie a d'ailleurs depuis longtemps fait justice, manque alors assurément ; bien même que les points lacrymaux se trouvent oblitérés ou du moins ne soient plus visibles, et que par conséquent les bouches absorbantes des conduits lacrymaux soient très-gravement altérées, s'il en existe.

Expériences sur la quantité du sang relativement à la masse du corps chez les mammifères, *par* **M. Wanner**, *D.-M.-P.*

S'il y a une question qui semble devoir intéresser au même degré les physiologistes, les médecins et les chirurgiens, c'est assurément celle de la quantité de sang répartie dans l'économie animale, et de la manière dont il se conserve ou se régénère ; et cependant il n'en est point qui ait été si négligée. Le sang est l'aliment proprement dit ; n'est-il donc pas curieux de savoir combien il faut de cet aliment essentiel à chaque être ; combien à l'homme dans ses divers âges, dans ses diverses conditions de stature et de poids ? La plupart des maladies inflammatoires exigent la saignée, et quelquefois

avec une telle abondance qu'un habile professeur en est venu à la formule des *saignées coup sur coup;* est-il croyable cependant qu'on n'ait pas songé à déterminer et la dernière limite à laquelle on peut porter une évacuation unique, et la différence des résultats que donnent des saignées moindres, mais fréquemment répétées? Enfin, pour les chirurgiens, l'histoire tout entière des hémorragies semble devoir reposer tout d'abord sur la notion précise de la quantité de sang dans l'économie à l'état normal, et de celle que l'on peut perdre sans danger de mort; or, vous pouvez ouvrir tous les traités de chirurgie; il n'y en a pas un qui ait seulement abordé la question.

Ce n'est pas que quelques physiologistes n'aient essayé d'évaluer la quantité de sang que possède l'homme à l'état adulte; mais ces évaluations sont si différentes et si vagues qu'on s'étonne de les voir encore répétées. Harvey l'estimait à 10 livres; Haller, suivi par Richerand, à 28 ou 30; Young va à 40; Keill les laisse tous en arrière et ne s'arrête pas à moins de 100 livres! On comprend déjà cependant que la quantité ne saurait être la même sur un sujet qui pèsera 150 livres et sur un autre qui en pèsera 300; Valentin s'est préoccupé de cette difficulté, et il donne pour rapport du poids du sang avec celui du corps le chiffre de 1 à 4,25.

En regard de ces appréciations, si l'on songe combien il faut peu de sang perdu après un accouchement pour faire expirer une femme exsangue; si l'on se rappelle que des sujets ont été épuisés par l'écoulement prolongé de quelques piqûres de sangsues, on se demande comment une déperdition proportionnellement si légère a pu produire d'aussi funestes résultats. Je n'hésite pas à dire que toutes les assertions des physiologistes sont de pures hypothèses, et qu'aucun n'a même essayé une seule expérience directe avant de poser sa conclusion.

Ces expériences ne pouvaient sans doute être faites sur l'homme; mais tous les jours elles se font en grand sur les animaux dans nos abattoirs; on sait avec quelle habileté se pratique la saignée des bêtes de boucherie, et avec quelle exactitude les chairs sont épuisées de sang. Je me suis donc rendu à l'un des abattoirs de Paris; j'ai vu peser les animaux avant l'abatage; j'ai noté avec soin le poids du sang; et voici ce que j'ai obtenu.

Un bœuf du poids de 750 kilogrammes a donné 31 kilogr. 50 de sang; la proportion est de 1 sur 23,81; un peu plus de 4 pour 100.

Un autre bœuf pesant 700 kilogrammes a donné 29 kilogr. 50 de sang; 1 sur 23,73; à peu de chose près la même proportion que le premier.

Une vache pesant 588 kilogrammes a donné 27 kilogr. de sang; 1 sur 21,77; la proportion va presque à 5 sur 100.

Un mouton du poids de 50 kilogrammes a donné 2 kilog. 20 de sang; le rapport est de 1 à 22,72; il tient le milieu entre les proportions précédentes.

Un autre mouton pesant 40 kilogrammes possédait 2 kilogr. de sang; la proportion est de 1 à 20, ou juste de 5 pour 100.

Enfin j'ai voulu voir si, dans une espèce bien inférieure pour le poids et la taille, le rapport resterait le même; j'ai pesé un lapin de 3 kilogrammes; j'en ai extrait avec toutes les précautions possibles seulement 120 grammes de sang; 1 sur 25 ou seulement 4 pour 100.

En résumé, la plus forte quantité proportionnelle de sang a été fournie par l'un des moutons, 5 pour 100; la moindre par le lapin, 4 pour 100. Cette différence tiendrait-elle à l'état d'embonpoint plus grand chez le premier? C'est une simple conjecture dont la vérification voudrait d'autres recherches. Toujours est-il que la ressemblance des résultats sur des espèces si diverses autorise à penser que l'homme ne s'en écarterait pas beaucoup, et qu'on peut porter la quantité du sang qui l'alimente au 25ᵉ au moins, au 20ᵉ au plus de son poids.

Comparez cette proportion à celles que donnent les physiologistes, et jugez de la confiance que méritent leurs assertions.

Comme conséquences physiologiques, un kilogramme de sang suffit à l'entretien de

20 à 25 kilogrammes de tissus de toutes sortes; et un sujet a d'autant plus de sang qu'il pèse davantage.

Comme conséquences pratiques, une saignée de deux palettes chez une femme pesant 50 kilogrammes dépouille autant l'économie qu'une saignée de 4 palettes chez un homme de 100 kilogrammes.

Chez un sujet pesant 50 kilogrammes, une saignée de deux livres ôte à l'individu environ moitié de son sang.

Chez un enfant de 5 ans, pesant, terme moyen, 30 livres, neuf sangsues tirant chacune une once de sang l'épuisent autant qu'une saignée de deux livres sur le sujet précédent.

Enfin, à la naissance, un enfant du poids de 6 livres n'ayant pas plus de 4 à 5 onces de sang, on voit combien il faut être réservé sur la saignée à pratiquer par le cordon dans les cas d'apoplexie; et combien une hémorragie en apparence fort légère peut être dangereuse en réalité.

De même, à tous les âges et chez tous les sujets, il me semble que les considérations qui précèdent ne seront pas peu utiles pour fixer le pronostic du chirurgien.

J'avais voulu savoir si la masse des poumons offrait quelque rapport avec la masse du sang, et j'avais fait peser en conséquence les poumons de plusieurs des animaux qui font l'objet des précédentes expériences.

Chez le bœuf qui possédait 31 kilogrammes 50 de sang, les poumons pesaient 7 kilogrammes 50; un peu plus du quart.

Chez l'autre dont le sang pesait 29 kilogrammes 50, les poumons pesaient 6 kilogrammes 50; la proportion est environ comme 1 à 4,50.

La vache, pour 27 kilogrammes de sang, avait des poumons pesant 5 kilogrammes 50; à peu près le cinquième; plus légers en conséquence que chez les bœufs.

Au contraire, chez les deux moutons, les poumons pesaient 700 et 600 grammes; soit comme 1 est à 3,33, relativement à la masse du sang. Je me borne à indiquer ces premiers essais, laissant à d'autres à les compléter, et à en tirer, s'il y a lieu, quelques déductions.

Une question bien plus importante aurait été de savoir jusqu'où l'on pourrait sans danger porter la saignée, soit en une seule fois, soit à plusieurs reprises; quels seraient les résultats d'évacuations répétées sur l'économie, et enfin avec quelle rapidité le sang se renouvellerait. Les circonstances ne m'ont pas permis jusqu'ici de faire toutes les expériences nécessaires; je me bornerai à donner les résultats de la première.

Je pris un lapin du poids de 2,300 grammes, et qui, d'après ce qu'avait fourni mon premier lapin, devait avoir environ 92 grammes de sang:

Le premier jour je lui fis une saignée de...........	12	grammes.
Le deuxième jour, nouvelle saignée de............	10	—
Le troisième jour, nouvelle saignée de............	15	—
Le quatrième jour, nouvelle saignée de............	12	—

En tout 49 grammes. On lui avait donné durant tout ce temps à manger autant qu'il avait voulu; le cinquième jour, il avait encore assez de vivacité; je le pesai, il avait perdu 80 grammes. Je le tuai par hémorragie; il n'avait plus que 55 grammes de sang clair et séreux. Ainsi, pendant cinq jours, il n'avait réparé que 12 grammes de sang; et pour subvenir à cette faible réparation, la digestion n'avait pas suffi, et l'économie, toutes défalcations faites, y avait contribué par une déperdition en poids de 43 grammes, c'est-à-dire presque quadruple du poids du sang réparé.

Je ne me dissimule pas combien ce travail est imparfait, et ne prétends le donner que comme une ébauche; il m'a paru toutefois que ces premiers résultats étaient assez frappants pour attirer l'attention des expérimentateurs et des praticiens.

Études sur les deux grandes indications du traitement des arthralgies en général, et sur la scapulalgie en particulier; *par* **M. J. Caron, D.-M.-P.**, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Il semble que tout ait été dit sur les articulations; mais telle est l'infinie variété des études qui ont pour objet l'homme sain ou malade, que chaque jour semble amener une découverte nouvelle, mettre en lumière un point resté obscur, et conduire ainsi à d'utiles applications. Tout récemment M. Velpeau, dans un savant travail, attaquant les idées généralement reçues sur la disposition des membranes synoviales, vient de chercher à établir qu'elles ne ressemblent rien moins qu'à un sac sans ouverture, et que les cartilages n'en sont point revêtus. Quelque temps auparavant, M. Malgaigne appelait l'attention sur un phénomène essentiel des affections articulaires, la douleur, qui, bien que la même en apparence à toutes les périodes de la maladie, change cependant absolument de nature, et donne lieu à des indications tout à fait opposées. C'est ce point de pathologie que je vais m'efforcer ici d'étudier; je m'appuierai principalement sur les excellentes leçons que M. Malgaigne a faites à l'hôpital des Cliniques, et sur les faits que j'ai pu observer dans son service, sous sa bienveillante et habile direction.

Ce que j'en dirai s'appliquera sans doute à toutes les affections articulaires comprises sous le nom d'*arthralgies*, d'*arthropathies*, de *tumeurs blanches*, pourvu qu'à l'inflammation primitive ne viennent pas se joindre des dégénérescences d'une autre nature; mais il m'a paru que ces généralités seraient bien mieux comprises si je les appliquais à une arthralgie spéciale; et j'ai choisi à dessein la scapulalgie, ou l'inflammation de l'articulation scapulo-humérale, comme celle peut-être qui a été le moins bien étudiée parmi nous.

La scapulalgie est due assez fréquemment à une cause externe, telle qu'un coup, une chute, une contusion violente de l'épaule; d'autres fois l'inflammation paraît dépendre d'une prédisposition morbide spéciale, rhumatisme ou scrofules. Quelquefois enfin on ne peut lui assigner aucune cause appréciable; aucune violence extérieure n'a pu la produire, à moins qu'on ne regarde comme telle un mouvement brusque, un effort, qui la précèdent quelquefois; et l'état général du malade, interrogé à son tour, ne décèle aucun vice interne dont on puisse la regarder comme la manifestation.

L'inflammation dans cette articulation est trop profonde pour que le gonflement se révèle à l'extérieur, du moins dans le plus grand nombre des cas, et le symptôme le plus essentiel est la douleur. Dire quels en sont les caractères est chose difficile; les malades ne la comparent à rien d'appréciable, et c'est bien plutôt par le siége qu'elle occupe et par les circonstances au milieu desquelles on la produit qu'on peut la caractériser. Elle a cela de remarquable dans les premiers temps, que non-seulement elle se fait sentir d'une manière permanente, mais que la pression et la moindre tentative de mouvement l'augmentent et l'exaspèrent. Souvent elle semble s'irradier vers les parties voisines; l'articulation malade en est toujours le principal foyer; mais de longues migrations s'étendent le long du trajet des muscles, et parfois le membre entier en est tourmenté. Il arrive même que cette seconde espèce de douleur persiste après qu'on a tari la source d'où elle a semblé partir; et l'articulation malade a repris son état normal et l'intégrité de ses mouvements, que de vagues douleurs dont rien ne trahit ni la cause ni le siége viennent encore à différentes reprises ou sans interruption fatiguer les parties voisines.

L'état des muscles mérite ici, comme dans toutes les arthralgies, une sérieuse attention. Lorsqu'on essaie de mouvoir l'articulation, ils résistent et se tendent comme s'ils étaient pris d'une sorte de contracture; il faut donc une très-grande force pour exécuter ces mouvements, et on n'y parvient pas sans exciter de très-vives douleurs. Si, au con-

traire, on laisse l'articulation en repos, la douleur excitée disparaît plus ou moins rapidement ; et rien ne révèle à l'extérieur que les muscles ne sont pas dans leur état physiologique.

Ainsi donc, douleur permanente d'abord, exaspérée par la pression ; difficulté des mouvements due principalement à la contracture musculaire, tels sont les principaux symptômes de la scapulalgie.

La marche de cette affection varie suivant les sujets et surtout suivant le traitement auquel on a eu recours ; prise au début et convenablement traitée, sa durée est généralement courte. La douleur perd son acuité ; bientôt elle cesse tout à fait, et il faut que les doigts viennent comprimer la partie la plus sensible de l'articulation pour la réveiller. Plus tard enfin, la pression en cherche vainement la trace, et la maladie aurait disparu si l'articulation avait recouvré ses mouvements. C'est alors que commence en quelque sorte la seconde phase des arthralgies. Les tentatives de mouvement sont douloureuses, parfois même elles le sont à l'excès ; ce n'est qu'à la longue que la mobilité se rétablit libre et facile ; et alors seulement la guérison est complète. Souvent les mouvements extrêmes conservent de la roideur et provoquent des douleurs nouvelles, et cet état peut durer encore longtemps ; mais en s'obstinant plus que la douleur elle-même, en répétant, en exagérant les mouvements restés difficiles, on vient encore à bout ; mais, il faut bien le dire, c'est le malade plus que le chirurgien qui peut compléter la cure et arriver enfin à cette perfection de la guérison.

Sans être toujours aussi régulière, la marche des arthralgies n'est généralement sujette qu'à un petit nombre de variations. Ainsi, il arrivera parfois que les premières douleurs, les douleurs vraiment inflammatoires, après avoir momentanément cessé, reparaîtront à divers intervalles : la conclusion à tirer de ceci est bien simple ; c'est qu'il faut chaque jour surveiller avec le plus grand soin la marche de l'affection, l'influence du traitement, les moindres modifications qui ont pu être apportées à l'état du malade ; et n'est-ce pas là, après tout, une loi générale de thérapeutique ? Quelle maladie, quelque bénigne qu'elle puisse être, pourrait donc se soustraire à ce besoin d'une surveillance de tous les instants ? Quelle médication aurait le droit d'échapper au contrôle attentif et scrupuleux de celui qui l'emploie ?

Si donc il arrive que, dans le cours d'une scapulalgie, les premières douleurs dont la disparition avait donné le signal des tentatives pour recouvrer les mouvements perdus reviennent tourmenter l'articulation, on en sera averti par le malade d'abord, puis par la difficulté des mouvements exécutés librement la veille, par la douleur que causent ces mouvements, et surtout enfin par la pression exercée aux lieux d'élection. L'indication alors est facile à saisir ; le traitement rétrogradera comme la maladie, et les moyens qui avaient effacé les premières douleurs en abrégeront la durée nouvelle et en préviendront définitivement le retour.

Lorsque l'affection a duré longtemps, les conséquences peuvent ne point se borner à une simple difficulté de mouvement ; soit en vertu de cette loi générale de nutrition qui fait que tout organe dont les fonctions sont suspendues tend à s'atrophier, soit plus encore peut-être comme une terminaison naturelle de la contracture longtemps prolongée, les muscles voisins s'affaissent, maigrissent, et quelquefois même ils sont comme frappés de paralysie. Cette fâcheuse complication est difficile à combattre ; et ce n'est qu'après un temps parfois très-long, et grâce à une infatigable persévérance de la part du malade et du chirurgien, qu'on peut enfin la voir disparaître.

Abandonnée à elle-même, la scapulalgie compromettra rarement la vie du malade ; cependant, comme dans toutes les autres arthralgies, elle peut aussi s'attaquer aux os ; alors la tête de l'humérus et la cavité glénoïde érodées ne se retenant plus, il en résulte une apparence de luxation de la tête de l'humérus en avant ; et quelquefois des abcès formés dans l'article fusent dans les tissus voisins et viennent au dehors former des fistules presque intarissables. Mais, même en dehors de ces funestes conséquences, soit que l'articulation garde une roideur invincible pour n'avoir pas été combattue à temps,

soit que, cette roideur dissipée, la paralysie du deltoïde rende l'articulation inutile, on voit qu'il s'agit toujours pour le malade de la perte plus ou moins complète des usages du membre; et de là l'urgente nécessité d'appliquer au traitement de la scapulalgie comme des autres arthralgies toutes les ressources de la thérapeutique. Voyons donc maintenant comment doit être dirigée la médication.

Tout d'abord se présente cette grande loi de thérapeutique générale, savoir: condamner au repos l'organe malade ; la nécessité de cette loi est si absolue que tous les êtres souffrants, hommes ou animaux, s'y soumettent instinctivement, et que les pathologistes de tous les âges, qu'ils appartinssent au camp de la médecine ou de la chirurgie, l'ont reconnue et proclamée. Et, en effet, dans les traités généraux de pathologie ou dans les monographies, il n'est peut-être pas d'affection pour laquelle le repos ne soit prescrit au premier rang des moyens indiqués à l'article du traitement; il est donc évident pour tous, reconnu par tous, que cette loi de l'application du repos aux souffrances des organes domine toute la thérapeutique.

Mais qu'il me soit permis d'examiner ici et comment le repos est commandé et comment il est mis en pratique.

Le repos est prescrit, dira-t-on; mais comment doit-on l'entendre? Est-ce une simple suspension de travail, une diminution d'exercice? Est-ce l'obligation de garder la chambre, la nécessité de rester au lit?—Tout cela sera proportionné à la gravité de la maladie.—Sans doute; mais alors, en admettant une maladie grave où le repos au lit soit impérieusement nécessaire, quel sera ce repos? Absolu sans aucun doute, s'il s'agit d'un membre fracturé que des pièces d'appareil maintiennent dans une immobilité forcée; mais que l'on ait affaire à une contusion, à une inflammation articulaire, à une maladie enfin qui, en exigeant pour sa guérison un repos complet, ne fasse pourtant que gêner les mouvements du malade, au lieu de les rendre tout à fait impossibles, suffira-t-il de recommander le repos au lit? Qui ne sait qu'alors une infinie variété de mouvements est continuellement exécutée? Qui ne sait même que souvent les besoins naturels chassent le malade de son lit sans qu'il s'imagine enfreindre les prescriptions qui lui ont été faites? Qui ne sait enfin qu'instinctivement, machinalement, et surtout à mesure qu'une petite amélioration est obtenue, son impatience concentre toutes les forces de son attention sur l'organe en souffrance, toute sa puissance d'examen sur la forme et l'aspect de sa maladie si elle est apparente; et qu'alors, non content de suivre des yeux les progrès de la guérison qu'il désire, il appelle le toucher à son aide, malaxant une tumeur pour s'enquérir de sa dureté ou de sa mollesse, tiraillant une articulation pour juger de l'étendue des mouvements, en aider et en précipiter le retour? Mais un tel repos est une véritable fatigue; la maladie semble alors résister à l'héroïque moyen qui, bien appliqué, devait la faire peu à peu céder; et c'est alors qu'on appelle à son aide le secours de tant d'autres moyens, sangsues, liniments, vésicatoires, moxas, dont l'utilité est pour le moins si équivoque.

Il est donc de toute évidence que le repos recommandé par tous, prescrit par tous, est en général mal compris par le malade et surtout mal pratiqué. De là, sans nul doute, dans certains cas, son apparente inefficacité : voyons donc comment il doit être appliqué dans les arthralgies en général, et en particulier dans la scapulalgie.

Le membre malade, si c'est l'articulation scapulo-humérale qui souffre, sera placé de façon que le bras étant appliqué sur le côté correspondant du corps, l'avant-bras soit demi-fléchi sur la partie antérieure du thorax, et l'extrémité de la main dirigée vers l'épaule saine. Une écharpe solide maintiendra l'avant-bras ainsi placé en soutenant en même temps le coude, pendant qu'un bandage de corps embrassant le bras, l'avant-bras et le tronc, complétera l'appareil. La main, comme on le voit, reste libre; c'est une précaution qu'il faut se garder d'oublier. De cette façon, en effet, le mouvements du poignet ne sont point empêchés; ils peuvent s'exécuter sans préjudice de l'immobilité due à l'épaule, et on prévient ainsi la roideur que la participation inutile de la main au repos du reste du membre aurait inévitable-

ment bientôt imprimée aux articulations du poignet, du carpe et des doigts.

Le membre malade étant ainsi disposé, l'épaule reste libre et nue sous les yeux du chirurgien qui peut chaque jour l'explorer. On ne saurait trop, dans cette première période du traitement, s'attacher à découvrir le moindre reste de douleur. Il est bon même d'aller au-devant des plaintes du malade et, au besoin, de les provoquer. Souvent, en effet, le premier bienfait du repos se bornant à une diminution de la douleur, il faut en chercher dans une position plus convenable, dans une flexion plus considérable ou moindre du membre, la complète disparition. Il arrive parfois que le malade, éprouvant un soulagement extrême, hésite à accuser un reste ou un retour de douleur; on devra donc lui recommander de se plaindre au plus vite, si la plus légère souffrance reparaît dans l'articulation; qu'il soit même pusillanime, et les choses jusqu'ici n'en iront que mieux. D'ailleurs la seconde période du traitement multipliera les occasions de mettre son courage à l'épreuve.

A-t-on affaire non plus à une scapulalgie, mais à une arthralgie siégeant ailleurs, dans l'articulation coxo-fémorale, par exemple; les indications sont les mêmes. Il faut que le malade soit couché sur un lit mécanique, afin de laisser aux urines et aux fèces une issue facile, sans trop compromettre le repos absolu. Le membre sera placé sur un double plan incliné formé par deux planchettes dont l'une supporte la cuisse, l'autre la jambe et le pied. Ces deux planchettes sont articulées au niveau du genou. Le degré d'inclinaison sera changé au besoin; une barre droite, formant en quelque sorte la corde de l'arc décrit par les deux planchettes et percée de trous correspondant à d'autres trous que présente le côté de la planche destinée à supporter la jambe, le tout maintenu en rapport par une vis ou un clou, rendra la gradation facile. Des cravates fixent à l'appareil et la cuisse et la jambe, pendant que le pied, à l'aide de quelques tours de bande, est appliqué contre un support vertical cloué à l'extrémité de la planchette jambière; inutile d'ajouter que le tout est recouvert et matelassé de façon à ce que le malade ne reçoive aucune douleur de l'appareil destiné à le délivrer de celles qui le tourmentent.

Sans ces moyens contentifs ou d'autres analogues, vainement espérerait-on obtenir un repos complet; encore doit-on se bien tenir en garde contre l'inintelligence des malades qui vient souvent déjouer et mettre en défaut toute la prudence du chirurgien. J'en citerai seulement un exemple: un malade entré dans le service pour une arthralgie du coude droit, reste d'une ancienne tumeur blanche, avait été mis ainsi au repos absolu à l'aide d'un appareil approprié. Certes, les recommandations ne lui avaient pas manqué pour lui faire comprendre la nécessité de laisser son bras immobile et d'aider de tous ses efforts ceux qu'on tentait pour sa guérison. Malgré l'efficacité du repos, efficacité qui, dans certains cas, paraît souvent merveilleuse, la douleur du coude persistait; vainement avait-on tenté d'immobiliser plus encore l'articulation souffrante, la douleur semblait se jouer du repos. On était à la recherche des causes de ce qu'on pouvait appeler une exception, et l'on apprit bientôt que le malade, nonobstant les recommandations à lui faites et les protestations faites par lui, s'exerçait de temps en temps avec sa main saine à étendre et à fléchir son bras malade, afin, disait-il, de s'assurer par lui-même des progrès de la guérison.

Le repos ainsi appliqué au traitement des arthralgies produit souvent, ai-je dit déjà, des effets merveilleux. Tel malade qui n'avait pu fermer les yeux pendant plusieurs nuits précédentes, dort d'un sommeil tranquille et profond dès la première nuit qui suit l'application d'un appareil convenable. Tel autre, au bout de quelques heures de ce repos forcé, sent ses douleurs disparaître comme par enchantement, et s'étonne lui-même de la simplicité d'un moyen qui fait merveille là où avaient échoué sangsues, cataplasmes et vésicatoires multipliés.

Telle est donc la première et la plus essentielle indication du traitement des arthralgies dans la période inflammatoire; toutes les autres sont secondaires, et souvent seule

elle suffit à la guérison (1). Mais arrive alors une seconde période, sur laquelle les auteurs gardent un silence presque absolu, dont le diagnostic est difficile, et qui cependant apporte une indication toute nouvelle et tout opposée à la première. Nous ne craignons pas de dire qu'il s'agit ici d'un des points les plus épineux de la pratique, sur lequel les recherches de M. Malgaigne ont jeté un jour tout à fait satisfaisant.

En effet, quand toute inflammation a cessé dans la jointure, il reste la roideur articulaire, qu'il faut combattre avec énergie et persévérance, si l'on ne veut la voir s'accroître et devenir enfin rebelle à jamais. Il ne s'agit donc rien moins que de faire succéder au repos forcé le mouvement forcé, que de provoquer les plus vives douleurs dans une articulation où tout à l'heure encore on en redoutait la moindre trace : étrange apparence de contradiction ! immense danger de la plus légère erreur ! Supposons, en effet, que le chirurgien soit tombé dans une fâcheuse méprise, que les premières douleurs, les douleurs vraiment arthralgiques, ne soient point complétement effacées ; le traitement qui va être employé les réveille avec une nouvelle force ; un seul instant détruit l'œuvre d'une longue patience, et tout va être à recommencer. D'un autre côté aussi, il est urgent de ne point prolonger inutilement le repos absolu de l'articulation malade ; chaque jour d'immobilité, en effet, ajoute à la difficulté des mouvements, à l'amaigrissement du membre.

Il semble au premier abord que la cessation des douleurs atteste la disparition de l'inflammation. Mais, lorsqu'on veut remuer le membre, on ramène d'autres douleurs excessivement aiguës, et la question est de savoir si ces douleurs nouvelles tiennent encore à l'inflammation, ou seulement à la roideur articulaire. Or, rien dans leur manière d'être ne semble les distinguer. Quelquefois les douleurs inflammatoires ainsi ranimées persistent ; mais le plus ordinairement elles cessent dès que le membre revient dans le repos. Si alors on s'obstine, le travail inflammatoire s'opère sourdement ; les cartilages et même les os s'ulcèrent en silence, et l'on est tout surpris un jour de trouver une luxation spontanée là où l'on ne soupçonnait qu'une fausse ankylose.

Un moyen sûr de diagnostic, indiqué par M. Malgaigne, est la pression sur l'articulation malade : non pas sur tous les points indifféremment ; l'expérience a appris que la douleur a ses *lieux d'élection*. Ainsi, à l'épaule, on peut presser impunément tout le contour de l'article ; quelquefois, mais rarement, on éveillera quelque douleur à la partie postérieure ; mais c'est en avant qu'est le lieu d'élection. Au coude, c'est sur la tête du radius ; à la hanche, c'est à la partie postérieure de la tête du fémur, en arrière du grand trochanter. Si donc les doigts du chirurgien, comprimant la partie antérieure et postérieure de la tête de l'humérus, la partie antérieure et postérieure de la tête du fémur, le pourtour de la tête du radius, ne déterminent aucune douleur, on peut dire que l'arthralgie a disparu de l'épaule, de la hanche ou du coude ; on peut affirmer que la nécessité du repos absolu a atteint ses limites, que le danger du mouvement s'est évanoui ; on doit mettre enfin de côté toute crainte, inviter le malade au courage, et braver hardiment avec lui les douleurs qui l'attendent au seuil même de la seconde période du traitement.

Saisissant donc d'une main l'articulation malade, de l'autre la partie voisine du membre, le chirurgien doit essayer doucement d'abord, puis très-vivement et d'un seul coup, les mouvements les plus importants et les plus étendus. C'est ainsi que pour l'épaule, par exemple, le bras sera porté fortement en avant et en haut, de manière à remplacer l'action du deltoïde. Une douleur parfois atroce, des craquements multipliés et qui peuvent être entendus à distance, signalent ces premières tentatives.

L'articulation elle-même n'est pas le seul obstacle au rétablissement des mouvements qu'elle a perdus. La contracture des muscles qui l'avoisinent oppose fréquemment une

---

(1) Voir la *Note sur une nouvelle thérapeutique des tumeurs blanches*, par M. Malgaigne, tome Ier de ce Journal, page 51.

vive résistance que des efforts persévérants et longtemps prolongés peuvent seuls surmonter.

Que si la douleur provoquée par ces manœuvres n'est point augmentée par la pression exercée aux lieux d'élection, on doit n'en tenir aucun compte et passer outre hardiment. Mais ici le malade doit venir en aide au chirurgien ; en effet, si celui-ci était seul à provoquer ainsi par un exercice forcé le retour des mouvements perdus, les progrès seraient trop lents, et le traitement pourrait se prolonger pendant un temps incalculable ; mais si le malade seconde les manœuvres du chirurgien par des efforts intelligents et sans cesse renouvelés, la guérison marche avec rapidité. Tout doit tendre alors à forcer l'articulation d'exercer le plus de mouvements possible, et cela de toutes les façons et dans tous les sens. Ce n'est qu'à ces conditions et à l'aide d'une courageuse persévérance qu'on pourra obtenir enfin une guérison complète et solide.

Il faut ici se garder de tomber dans une erreur facile à éviter, et qui ferait croire au retour des mouvements, alors que l'articulation en serait encore presqu'aussi pauvre qu'à la fin de la première période de la maladie. Quand, en effet, on dit au malade d'élever le bras, par exemple, ou de fléchir la cuisse sur le bassin, ces mouvements, quoique impossibles ou très-limités, peuvent paraître s'exécuter en partie ; grâce à une véritable illusion d'optique, on voit le bras s'élever, la cuisse se fléchir ; mais ni l'articulation de l'épaule, ni celle de la hanche n'ont participé à ce mouvement : pour l'épaule, c'est le renversement de l'omoplate ; pour la hanche, l'élévation de la moitié correspondante du bassin et son renversement en arrière qui, en permettant l'élévation du bras et la flexion de la cuisse, simulent la mobilité articulaire. En appliquant une main sur le moignon de l'épaule ou sur l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on reconnaît la fraude aisément ; pour y remédier, il faut donc s'opposer au mouvement de l'omoplate et du bassin, et c'est après avoir fixé ces deux points trompeusement mobiles qu'on juge sans erreur du degré de roideur et de souplesse des articulations de la hanche ou de l'épaule.

En même temps donc qu'on imprime au bras ou à la cuisse un mouvement forcé qui, pour être vraiment utile et concourir à la guérison, doit se passer seulement entre les surfaces articulaires, il faut qu'un aide vigoureux maintienne immobile ou l'omoplate ou le bassin.

C'est ici le lieu de citer les observations qui viennent à l'appui de ce qui précède.

Obs. I.—*Scapulalgie par suite de chute, datant de trois semaines ; guérison rapide.*

Claire Despretz, 59 ans, femme de ménage, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une santé excellente, entrée à l'hôpital des Cliniques, le 26 février 1843.

Il y a trois semaines, elle tombe sur les mains, se relève, et, rentrée chez elle, reprend ses occupations ordinaires ; mais bientôt une douleur légère qu'elle avait ressentie dans l'épaule gauche après sa chute devient de plus en plus intense, s'étend de l'épaule au bras, et s'oppose à tout mouvement. En même temps une teinte bleuâtre apparaît à la partie moyenne et externe du bras. Du reste, l'épaule, bien que très-douloureuse, ne présente ni gonflement ni changement de couleur à la peau ; mais il est impossible à la malade de soulever son bras, de l'écarter du tronc et surtout de le porter en arrière. (*Frictions avec de l'eau de savon mêlée d'eau-de-vie ; cataplasmes émollients.*)

Malgré ce traitement qu'elle s'applique elle-même, la malade, qui continue d'ailleurs d'*essayer* la force et les mouvements de son épaule, éprouve toujours de vives douleurs qui vont jusqu'à la priver de sommeil. C'est alors qu'après trois semaines de souffrance elle entre à l'hôpital.

Configuration normale de l'épaule, point de gonflement, point de rougeur, point de chaleur, nulle trace d'ecchymose ; celle du bras a disparu ; le moignon de l'épaule est tout à fait indolent, même à la pression ; mais les doigts, en comprimant la partie antérieure et postérieure de l'articulation, déterminent une vive douleur. Les mouvements sont très-limités ; c'est à peine si on peut écarter le bras du tronc, et encore n'est-ce qu'en éveillant une vive souffrance.

27.—Application d'un appareil qui condamne l'épaule malade à un repos absolu, et cela en maintenant le bras appliqué contre le tronc, l'avant-bras demi-fléchi sur la poitrine. La main reste libre.

Dès le soir, la douleur a diminué.

28.—La malade que la douleur empêchait précédemment de dormir a eu dans la nuit trois heures d'un sommeil non interrompu, sans préjudice d'un assoupissement au matin.—Plus de douleur sans pression; à la pression, douleur très-légère dans la partie antérieure et postérieure de l'articulation.

1er mars.—La douleur à la pression a presque complétement disparu.

2.—La malade voulant, dit-elle, essayer son bras, a défait l'appareil dans la nuit et exercé des mouvements. La douleur est immédiatement revenue avec une assez grande intensité. La pression sur la partie antérieure et postérieure de l'articulation l'augmente; réapplication de l'appareil.

3.—La douleur a disparu; on commence à exercer l'articulation.

6.—Progrès sensible; l'étendue des mouvements augmente peu à peu. La douleur très-vive qu'on provoque en étendant par la force les limites des mouvements articulaires dure peu.—Le bienfait persiste.

Du 6 au 10.—Progrès continuels, à tel point que la malade se sert maintenant de son bras aussi bien qu'avant sa chute. Toute trace de douleur a disparu avec ou sans pression.

11.—La malade quitte l'hôpital.

OBS. II. — *Scapulalgie suite de chute, traitée en vain par les frictions, les sangsues, un vésicatoire, des douches et des bains de vapeur; guérison rapide par le repos seul.*

Guillaume Hubert Bodin, 36 ans, ouvrier du port, constitution très-robuste, entré à l'hôpital des Cliniques le 26 février 1843.

Il y a environ six semaines, il se laissa tomber en remuant des planches sur un bateau. Son bras droit était étendu parallèlement au cou et à la tête; la chute porta sur la hanche, le coude et l'épaule. Il se releva néanmoins et continua son travail; mais bientôt la douleur le força de l'interrompre, l'épaule surtout en était le siége; et le lendemain tout mouvement du bras était devenu impossible. C'est du coude à l'épaule que s'étendait la douleur. Du reste, point de gonflement, point de changement de couleur à la peau, point de chaleur. Son médecin, M. Bonnet, appelé quelques heures après la chute, avait trouvé l'épaule et ses mouvements à l'état normal; et comme l'année précédente il avait eu à traiter le malade d'une affection rhumatismale très-douloureuse du poignet gauche, qui avait duré quatre mois, il pensa avoir affaire à une affection de même nature et dirigea le traitement dans ce sens. Il commença par prescrire des frictions avec l'eau-de-vie camphrée, puis des cataplasmes, puis douze sangsues. Trois ou quatre jours après, nulle amélioration n'ayant été obtenue, frictions avec ce que le malade appelle un baume. A ces frictions succéda une application de trente sangsues et de cataplasmes; le tout vainement. On eut recours alors à un énorme vésicatoire qui enveloppait toute l'articulation scapulo-humérale. Le malade fut privé de sommeil pendant quatre ou cinq nuits; c'est tout ce que produisit le vésicatoire. Vinrent alors de nouvelles frictions, des applications de flanelle et de ouate, puis enfin des bains de vapeur et des douches; mais toutes ces médications restèrent infructueuses. Le malade, dont les ressources s'épuisaient, entra alors à l'hôpital.

L'épaule droite n'offre aucune déformation; tous les rapports anatomiques sont à l'état normal; point de tuméfaction, point de changement de couleur à la peau, si ce n'est l'empreinte brunâtre qu'a laissée le vésicatoire. La douleur, nulle ou à peu près sur le moignon de l'épaule, est au contraire assez vive à la partie postérieure de l'articulation, et excessive à la partie antérieure. C'est à peine si le malade peut écarter le bras du corps ou le soulever, et encore ces mouvements, quelque limités qu'ils soient, s'accompagnent d'une vive souffrance.—L'état général est du reste excellent.

Application d'un appareil qui maintient le bras droit rapproché du corps et l'avant-bras demi-fléchi appliqué sur la poitrine, sans gêner toutefois les mouvements de la main.

27.—Déjà la douleur a notablement diminué.

28.—Non-seulement le malade ne souffre plus de l'épaule en l'absence de toute pression, mais c'est à peine s'il ressent une légère douleur quand les doigts compriment la partie antérieure et postérieure de l'articulation.

1er mars.—Toute trace de douleur a disparu. On essaye quelques mouvements.—Douleur excessive et craquements dans l'épaule.

2.—Le malade courageux d'ailleurs et pressé de guérir se prête volontiers aux exercices qu'on lui prescrit.—Les mouvements deviennent plus faciles.

6. — Progrès. — Les mouvements *forcés* s'accompagnent toujours de vives douleurs. Les muscles grand dorsal et grand rond sont fortement contracturés; on vient cependant à bout de leur résistance.

Du 6 au 18, amélioration progressive.

19.—Le malade accuse encore un peu de douleur, bien qu'il ait recouvré presqu'entièrement les mouvements perdus, mais la douleur n'est point articulaire. Elle suit le trajet du deltoïde et descend jusqu'à l'avant-bras. Dix piqûres avec la pointe d'une lancette trempée dans une dissolution concentrée d'acétate de morphine.

21. — La douleur bien que moindre persiste encore. — Quinze nouvelles piqûres.

Trois jours après, le malade délivré de ses dernières douleurs étrangères à sa scapulalgie, quitta l'hôpital.

Il revint nous voir huit jours après; il n'y avait aucune douleur; le malade élevait le bras jusqu'à la perpendiculaire, le portait derrière le dos, en un mot avait l'air d'avoir recouvré tous les mouvements. Mais M. Malgaigne fit observer que l'omoplate y entrait pour une trop forte partie; et, en conséquence, appuyant son genou sur l'épaule du malade, il éleva brusquement le bras aussi haut que possible. Une douleur très-vive et un craquement assez fort justifièrent le diagnostic et la manœuvre. Godin fut renvoyé avec injonction de remuer son bras à cette hauteur; et M. Malgaigne le rencontra plus tard jouissant de la plénitude de ses mouvements.

Obs. III. — *Scapulalgie survenant sans cause connue; guérison en quelques jours par le repos.*

Tissu (Stéphanie), 17 ans, domestique, constitution lymphatico-nerveuse, entrée le 4 mars 1843.

Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé dans la nuit un mouvement fébrile auquel avait succédé le lendemain une roideur insolite accompagnée de douleur dans l'articulation scapulo-humérale droite. La douleur s'irradiait le long du bras et arrivait jusqu'au coude.

Elle ne rend qu'imparfaitement compte de ce qu'elle ressentit et de ce qu'on lui fit faire depuis l'invasion de cette douleur jusqu'au jour de son entrée à la Clinique.

4 mars.—Douleur articulaire assez vive, exaspérée par la pression exercée sur la partie antérieure et postérieure de la tête de l'humérus, ainsi que par la moindre tentative de mouvement. Point de tuméfaction, ni de chaleur, ni de changement de couleur à la peau; le bras est pendant le long du tronc et ne peut en être écarté.—État général satisfaisant.

5 mars.—Application de l'appareil ordinaire.

Dès la première nuit, la malade a recouvré un sommeil tranquille. La douleur a cessé le lendemain et n'est plus réveillée que par la pression. Au bout de quelques jours toute trace de douleur a disparu; la pression ne la ramène plus. On passe alors à la deuxième période du traitement, et le 31 mars la malade, parfaitement guérie, sort de l'hôpital.

Obs. IV.—*Scapulalgie survenue sans cause connue, mais paraissant liée à un rhumatisme articulaire général.*

Au nº 9 est couchée une femme âgée de 50 ans, d'une constitution ordinaire.

Le 20 mars 1843, elle fut prise de douleurs vives dans l'articulation scapulo-humérale du côté droit. A quelle cause les rapporter? C'est ce qu'il est impossible de dire. Une saignée générale, des bains, des cataplasmes, des frictions camphrées, tel fut le premier traitement qui lui fut prescrit chez elle. Les douleurs et la difficulté des mouvements allant en augmentant, elle entra à l'hôpital le 25 mars, présentant les symptômes suivants.

Douleur dans l'épaule droite, augmentée par la pression à la partie antérieure et postérieure de l'articulation. Point de gonflement, point de chaleur, point de changement de couleur à la peau. Les mouvements sont impossibles, la moindre tentative pour écarter le bras du tronc provoque une vive souffrance. L'état général est satisfaisant. Application de l'appareil ordinaire.

Du 25 au 27 la douleur a diminué; mais alors apparaissent les symptômes d'un rhumatisme général aigu dans toutes les articulations. Ces symptômes cèdent à l'emploi du sulfate de quinine employé à la dose de 1 gramme 1/2 à 2 grammes pendant quelques jours.

Du 30 mars au 7 avril, l'articulation malade est maintenue immobile. Toute trace de douleur ayant alors disparu, on commence à essayer les mouvements; difficiles et douloureux d'abord, ils se rétablissent enfin peu à peu, et la malade quitte l'hôpital le 11 avril parfaitement guérie.

Obs. V.—*Scapulalgie combattue vainement par les sangsues et les ventouses, guérie par le repos.—Roideur articulaire et paralysie du deltoïde dissipée par l'exercice.*

Piccini, Louis-Pierre, 65 ans, compositeur, rue Mouffetard, 44; entré à l'hôpital le 6 décembre 1843.

Il raconte que, vers la fin d'août 1842, il se heurta fortement l'épaule gauche contre un chevalet et ressentit une vive douleur qui l'empêcha de travailler pendant deux ou trois jours. Tout était rentré dans l'ordre quand, en octobre 1843, s'étant fatigué en déménageant et ayant fait un excès de boisson, il fut pris le lendemain d'une rétention d'urine. Des bains, des sangsues, des cataplasmes que le malade se prescrivit lui-même, la firent disparaître. Il avait eu sept ou huit blennorrhagies dont l'une tombée dans les bourses; cependant son urètre est exempt de rétrécissement. Ayant repris son travail, il ne tarda pas à éprouver, un matin en se réveillant, une légère douleur dans l'épaule gauche. Il fut encore cette fois son médecin à lui-même, et se mit au repos; en même temps il posa six sangsues sur le point douloureux. Mais la douleur de l'épaule augmentant, il entra à la Pitié vers le 12 novembre. Là on lui appliqua six ventouses scarifiées le premier jour, autant le deuxième. On y joignit des cataplasmes, et enfin, à quelques jours de là, on le renvoya en lui disant que le temps pouvait seul quelque chose pour sa guérison.

Sorti de la Pitié il resta chez lui jusqu'au 6 décembre; et l'épaule étant toujours impuissante, il entra enfin à la Clinique.

Le bras gauche est pendant le long du corps, l'épaule immobile; c'est à peine si le malade peut écarter le coude du tronc; et si l'on cherche à augmenter l'étendue de ce mouvement, on voit que l'articulation sterno-claviculaire en fait tous les frais, l'humérus et l'omoplate s'élevant d'une seule pièce. La pression exercée sur la partie antérieure de l'articulation détermine de vives douleurs.

Pendant huit jours l'épaule gauche est maintenue immobile à l'aide de l'appareil ordinaire; la douleur ayant complétement cessé et la pression ne la rappelant plus, on commence à essayer les mouvements. Le coude est écarté du tronc, ce qui détermine une douleur très-grande et un craquement articulaire considérable. Les muscles de l'aisselle tendus comme des cordes roides ajoutent à la résistance. Celle-ci cède peu à peu les jours suivants, et la douleur avec elle. Cette douleur, produite par les tentatives de mouvement, cesse d'ailleurs aussitôt après. Une ou deux fois elle persista jusqu'au lendemain; on laissait alors un jour de repos au malade.

Lorsqu'on fut ainsi parvenu à écarter le coude du tronc jusqu'à l'angle droit, on rencontra un nouvel obstacle qui exigea l'emploi d'une force considérable pour le vaincre. On en vint à bout, non sans produire un nouveau craquement dans l'articulation scapulo-humérale; après quoi on put relever le bras le long de la tête presque jusqu'à la ligne verticale, facilement atteinte par le bras du côté sain.

Mais tandis qu'on forçait ainsi les mouvements du bras, le deltoïde restait mou, flasque, impuissant, et pendant quelques jours la paralysie sembla irremédiable. On recommanda au malade d'essayer de l'exercer, de faire d'énergiques efforts de volonté; et l'on finit par y sentir un léger mouvement de contraction. Ce premier progrès jugeait la question de la paralysie; le malade, aidé du chirurgien qui lui faisait faire tous les matins une sorte d'exercice au commandement militaire, gagna tous les jours en vigueur; et, dès le 5 janvier, le bras malade s'élevait et se soutenait lui-même jusqu'au delà de l'angle droit, mais non plus haut, tandis que le mouvement communiqué par le chirurgien le portait jusqu'à la ligne verticale. Il faut noter que, dans ces mouvements communiqués, le bras arrivait sans bruit jusqu'à l'angle droit; mais en le portant plus haut on produisait un craquement bruyant et douloureux. Ce craquement ne s'accompagnait d'aucun déplacement de la tête humérale, et on l'entendait de même lorsque le bras redescendait. Il diminua peu à peu, toutefois sans disparaître entièrement.

10 janvier —Le malade élève son bras verticalement, le porte en avant, en arrière, le croise avec l'autre, en un mot lui fait librement exercer tous ses mouvements. Il faut remarquer pourtant que, le matin à son réveil, il y ressent de la gêne et est obligé d'aider avec

sa main droite les premiers mouvements du bras gauche. Ces premiers mouvements s'accompagnent encore d'un craquement; mais il n'y a plus de douleur. Après ce réveil du membre, son libre exercice est assuré pour toute la journée.

Le malade quitte l'hôpital.

Jusqu'ici, les faits rapportés n'ont eu trait qu'à la scapulalgie; il ne sera peut-être pas hors de propos de finir par une observation de coxalgie, comme exemple d'application du même traitement à une autre articulation.

Obs. VI. — *Coxalgie sans cause connue, avec douleurs sympathiques au genou et au pied; guérison rapide.*

Danville, 48 ans, porteur à la halle, bonne constitution, entré le 12 janvier 1843.

Il y a une douzaine de jours, sans que rien pût lui en rendre compte, il ressentit d'assez vives douleurs dans l'articulation de la hanche gauche, ainsi que dans le genou et l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Il ne sait à quelle cause rattacher l'invasion de ces douleurs. Jamais antérieurement il n'avait rien éprouvé de semblable. Comme il n'y avait ni tuméfaction ni rougeur, il s'abstint de rien faire; mais la douleur augmentant au point de le priver de sommeil depuis trois nuits, il entra à l'hôpital.

Aujourd'hui la hanche, le genou et l'articulation tibio-tarsienne sont également le siége d'assez vives douleurs, moins fortes pourtant dans la hanche que dans les deux autres articulations. Du reste, aucune apparence de gonflement, point de chaleur, point de changement de couleur à la peau. Les mouvements sont très-difficiles et exaspèrent les douleurs; mais ce qu'il importe de noter, c'est que tandis que la pression n'a aucune influence sur les douleurs du pied et du genou, exercée sur la pártie antérieure et postérieure de la tête du fémur elle augmente singulièrement la souffrance dont l'articulation coxo-fémorale est le siége.

C'est donc à une coxalgie au début que l'on a affaire. Les douleurs du genou, et, chose remarquable, celles du pied sont seulement sympathiques.

On maintient le membre malade immobile à l'aide du double plan incliné.

Dès la première nuit, le malade dort trois heures et demie.

14.—Les douleurs diminuent. Elles ont quitté la hanche; mais elles semblent aller et venir dans le genou et le pied qu'elles abandonnent et ressaisissent successivement. — Deux portions.

15.—Trois heures de bon sommeil dans la nuit.

16.—La douleur a disparu au pied; elle n'a point encore complétement abandonné le genou et remonte vers la cuisse. La hanche n'en est plus tourmentée, la pression au lieu d'élection l'y réveille pourtant encore.

17.—Plus de douleur.

18.—Trop confiant dans l'amélioration obtenue, le malade a voulu se mettre sur son séant et a provoqué ainsi un retour des douleurs articulaires. Il a pourtant dormi trois heures environ pendant la nuit.— Trois portions.

20.—Toute douleur a disparu, si ce n'est au gros orteil, où il a souffert dans la nuit durant une demi-heure; mais à la hanche, la pression n'en retrouve aucune trace. On ôte l'appareil.

21.—On commence à imprimer quelques mouvements de flexion et d'extension à la cuisse.

22.—Le malade essaye de se lever, mais ses jambes manquent de force et lui refusent le service. Les douleurs sont encore revenues au gros orteil.

23.—Nouvelle tentative plus heureuse que la première.

24.—Il reste debout durant une demi-heure; la marche bien qu'embarrassée ne provoque aucun retour de douleur, excepté quelque peu au mollet et à la plante du pied.

25.—Même état.

26.—Il reste levé toute la journée et s'exerce bravement à la marche.

27.—Après un exercice prolongé toute la journée, le malade ne ressent qu'un peu de lassitude; mais pas la moindre douleur ne se réveille dans l'articulation coxo-fémorale qui est bien près d'avoir recouvré toute sa mobilité.

28.—La marche devient de plus en plus facile, mais s'accompagne encore de lassitude et surtout d'un sentiment prononcé de fatigue dans la plante du pied.

1er février. — Plus de fatigue dans la plante du pied, même après toute une journée d'exercice.

2.—Le membre malade est en tout redevenu semblable au membre sain. Il a repris toute la vigueur et toute la liberté de ses mouvements.

3.—Danville, parfaitement guéri, quitte l'hôpital.

Il revint huit jours après à la consultation; il avait repris ses occupations et ne ressentait plus de douleurs d'aucune espèce; seulement il n'avait pas recouvré toute sa force, et ne pouvait encore porter des fardeaux de plus de 100 kilogrammes.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

ESSAI SUR L'INFECTION PURULENTE; *par* L. FLEURY.

Depuis que ce journal est fondé, nous n'avions eu qu'une fois à discuter les doctrines contemporaines de l'infection purulente; et encore le débat ne roulait que sur un point fort rétréci de ces doctrines. Nous saisissons donc avec empressement l'occasion qui nous est offerte par une thèse fort remarquable, récemment soutenue par l'auteur au concours de l'agrégation en médecine où il a obtenu la première place. Malgré l'inévitable rapidité de leur composition, on sait que bon nombre de ces thèses de concours sont restées comme d'excellentes monographies, où se trouve exposé mieux que partout ailleurs l'inventaire exact de la science; celle-ci sera lue avec un grand intérêt, et tiendra parmi les autres un très-honorable rang. Non pas qu'elle ait résolu ce problème peut-être à jamais insoluble de l'infection purulente; mais en ralliant et comparant toutes les doctrines et tous les faits acquis, en traçant un tableau beaucoup plus large et plus complet qu'aucun de ses devanciers, l'auteur a fait beaucoup à notre avis pour éclairer la discussion; et, pour l'examen que nous voulons faire contradictoirement avec lui, nous n'aurons pas besoin d'en aller chercher les éléments ailleurs que dans son ouvrage.

Nous ne le suivrons pas dans les chapitres consacrés à la synonymie, à la symptomatologie, à l'anatomie pathologique, au traitement de l'infection purulente; le point important pour nous est l'examen des doctrines qu'il cherche à réfuter ou à édifier.

« On peut ramener, dit-il, à cinq classes, toutes les causes immédiates qui ont été assignées à la présence du pus dans le sang:

« 1° Du pus est versé en nature dans le torrent circulatoire par suite d'une cause mécanique (*injection chez les animaux, ouverture d'un abcès dans une veine*);

« 2° Du pus se forme dans le système circulatoire lui-même, consécutivement à une phlegmasie développée dans un point quelconque de ce système (*cardite, endocardite, artérite, phlébite*);

« 3° Du pus se forme dans le système lymphatique, par suite d'une phlegmasie développée dans un point quelconque de ce système, et il est versé dans le torrent circulatoire;

« 4° Du pus formé en dehors des systèmes lymphatique et circulatoire est introduit dans ce dernier par l'absorption;

« 5° Du pus se forme primitivement, de toutes pièces, dans le système circulatoire par suite d'une transformation subie par le sang (*génération spontanée, diathèse purulente, fièvre purulente*). »

Voilà le champ fort élargi ouvert par M. Fleury à la discussion. Maintenant que faut-il penser de ces diverses causes?

Relativement à la première, il n'y a d'après lui nulle contestation possible; quelques faits qu'il a cités établissent l'existence de la *pyohémie mécanique*. — Nous craignons fort que la question ne soit pas jugée d'une manière aussi définitive; mais d'abord et avant tout, nous avons à poser une question préjudicielle, non pas seulement à M. Fleury, mais à tous ceux qui se sont occupés jusqu'à présent de ce sujet. On semble unanimement convaincu que, dans la redoutable affection dont les abcès métastatiques sont la dernière expression anatomique, le sang est altéré par un mélange de pus. De là le nom d'*infection purulente*, et celui plus expressif encore de *pyohémie*. Mais est-il bien vrai que la *pyohémie* proprement dite, que le mélange réel du pus avec le sang soit la cause, soit l'origine des phénomènes compris sous le nom d'infection purulente? L'auteur nous fournit lui-même deux objections qui nous paraissent invincibles. M. Gaspard, MM. Trousseau et Dupuy, M. Boyer, M. F. D'Arcet, ont montré qu'en injectant du pus dans les veines d'un animal, on n'obtient pas constamment les symptômes et les altérations anatomiques de l'infection purulente. Là donc, d'une part, *pyohémie mécanique* incontestable, et d'autre part point d'infection purulente. Voici la contre-partie. Dans les cas où l'infection purulente chez l'homme a été le mieux démontrée par l'autopsie, il est généralement impossible de démontrer l'existence du pus dans le sang. Ici donc, infection purulente incontestable, point de pyohémie. Peut-on prendre dès lors les deux

choses pour identiques, et les deux mots pour synonymes?

Quant au deuxième ordre de causes, *les inflammations du système circulatoire*, suivant l'auteur, la cardite, l'endocardite, l'aortite, sont des causes non contestées de pyohémie.— Nous les contestons très-fort pour notre compte. M. Fleury lui-même dit quelque part que, dans l'inflammation suppurative du cœur ou de l'aorte, la mort arrive avant que la pyohémie ait eu le temps de se manifester symptomatiquement; et qu'on ne connaît pas d'exemple de pyohémie due à l'inflammation d'artères secondaires. Mais dès lors toute démonstration échappe; et il est bien permis de contester une doctrine dont les preuves sont impossibles à donner.

Reste, parmi les inflammations des vaisseaux, la phlébite. M. Fleury prouve sans réplique, c'est-à-dire par des faits directs, que le pus fourni par une phlébite n'est quelquefois séparé du sang par aucun obstacle, et peut conséquemment s'y mêler; il prouve contre les partisans trop absolus de la phlébite, que des abcès métastatiques ont été rencontrés sans qu'il y eût nulle part d'inflammation dans les veines, et il conclut que la phlébite est seulement une des causes de la pyohémie. Cette conclusion n'avait été nulle part établie sur des preuves aussi satisfaisantes; et elle paraît définitivement acquise à la science.

Nous n'oserions en dire autant pour le passage du pus des lymphatiques dans le sang. M. Fleury cite un cas très-remarquable dans lequel les vaisseaux lymphatiques du membre inférieur étant remplis de pus, le sujet succomba avec des symptômes d'infection purulente; mais, comme à l'autopsie on ne trouva point d'abcès métastatiques, il demeure jusque-là dans le doute. Sa conviction est fondée sur un autre fait observé par M. Jobert. Il s'agit d'un individu mort par suite d'un érysipèle phlegmoneux du bras; on avait largement ouvert l'abcès, et à l'autopsie on trouva du pus dans les lymphatiques et des abcès métastatiques dans les poumons et le foie; rien dans les veines. Pas de doute ici sur l'existence de l'infection purulente. Mais était-elle due *au passage du pus des lymphatiques dans le sang?* Montrez-nous donc que le sang contenait du pus, d'abord; et encore peut-être pourra-t-on demander s'il y a été véritablement versé par les lymphatiques.

Malgré l'incertitude de la plupart des causes précitées, encore est-il des cas où elles manquent, où il faut en rechercher d'autres; alors s'est présentée l'absorption du pus. Maréchal le premier avait pensé que du pus pouvait être aspiré par les veines béantes à a surface des plaies; mais il est bien connu que l'aspiration n'a lieu que dans les veines qui avoisinent la poitrine. D'autres ont admis l'absorption par les radicules des veines ou des lymphatiques. Cette opinion sourit à M. Fleury; non pas qu'il accepte comme valables tous les arguments avancés en sa faveur: il les discute avec rigueur et les bat en ruine pour la plupart; mais il ne juge pas les objections beaucoup plus solides, et soutient, sinon la réalité, du moins la possibilité de cette absorption. On dit, en effet, que les globules du pus sont trop volumineux pour pouvoir pénétrer dans les vaisseaux. M. Fleury l'admet. Mais il objecte que les globules ne sont pas un élément indispensable du pus; M. Gavarret a rencontré une fois dans la plèvre du pus qui ne contenait que des *granules;* et les granules sont assez petits pour traverser les dernières ramifications des vaisseaux. Voilà qui va à merveille; mais il reste une dernière objection que M. Fleury traite fort à la légère. Car, d'un côté, ce point de la doctrine repose sur l'absorption *possible*, mais nullement démontrée du pus dans certains cas d'infection purulente; et, d'un autre côté, nous avons des faits d'absorption incontestable, quand tout un abcès froid est résorbé par exemple, et où il n'y a pas d'infection purulente. M. Fleury répond que le pus d'un abcès non ouvert, *le pus frais n'a pas d'action*, et qu'il en est tout autrement du pus exposé à l'air ou vicié par la putréfaction. Mais y a-t-il bien songé? Si le pus frais n'a pas d'action, toute la doctrine de la phlébite tombe à l'instant en ruine; car le pus sécrété par les veines est aussi frais et aussi peu vicié que possible.

On comprend qu'en face de tant de difficultés, de très-bons esprits aient jeté de côté ces théories et ces lambeaux de théories, et, revenant à des idées déjà anciennes, aient rattaché tous les phénomènes de l'infection purulente à une fièvre spéciale, qu'ils ont nommée *fièvre purulente*. M. Fleury lutte très-énergiquement contre cette doctrine nouvelle :—« Que M. Tessier, dit-il, me démontre, par des faits bien observés, complets, réunissant toutes les qualités exigibles, l'existence d'une fièvre purulente, *spontanée, idiopathique*, l'existence d'une pyohémie développée en l'absence de toute phlegmasie locale primitive; qu'il me fournisse cette preuve et je me rends. »

Et en loyal adversaire, M. Fleury rapporte lui-même trois faits qui semblent juger contre lui; mais il les rejette comme sans valeur. Cette critique est sévère, et pourrait souffrir quelque contradiction; mais, après tout, pourquoi donc serions-nous obligés de vous montrer des cas de fièvre purulente sans phlegmasie locale primitive? Quand l'existence de cette phlegmasie locale serait

une condition *sine quâ non*, qu'est-ce que cela fait? Nous parlons de la *fièvre purulente des blessés*; et, pour en démontrer l'existence, nous n'avons pas besoin de l'aller chercher chez d'autres.

Après tout, elle existe cette fièvre; tout le monde le reconnaît; elle a son frisson initial, elle a ensuite son fatal cortége de symptômes, elle a ses altérations anatomiques; seulement on s'obstine à lui donner d'autres noms, et à lui trouver des explications qui ne soutiennent pas l'examen. Les hypothèses de Galien renaissent sous d'autres formes. Galien voulait que la bile passât dans le sang pour susciter la fièvre bilieuse; mais précisément dans la fièvre bilieuse on ne trouve aucun indice de bile dans le sang; et quand il y a toute présomption que la bile s'est mêlée au sang, comme dans l'ictère, il n'y a point de fièvre bilieuse. Changez les mots; que nous dit-on aujourd'hui? Que le pus passe dans le sang pour susciter la fièvre purulente. Et précisément alors les microscopes les plus grossissants ne montrent pas de pus dans le sang; et quand il y a toute présomption que du pus s'est mêlé au sang comme dans l'absorption des abcès froids, il n'y a pas de fièvre ou si vous voulez d'infection purulente.

Aujourd'hui, on ne cherche plus de vaine explication à la fièvre bilieuse, on se contente de l'observer dans ce qu'elle a d'observable. Nous ne voulons pas dire que la fièvre purulente n'ait pas été fort bien observée; la thèse de M. Fleury nous donnerait un trop éclatant démenti; et nous avouerons même qu'il y a quelque chose de séduisant dans les efforts tentés par tant d'ingénieux observateurs pour reculer les limites du problème, pour chercher le dernier mot de cette énigme. Seulement nous craignons que ce dernier mot ne nous échappe ici comme partout ailleurs; et il est au moins certain pour nous, non-seulement qu'on ne l'a pas trouvé, mais qu'on s'est égaré à sa recherche. Et par exemple, en courant après cette étiologie imaginaire, on avait perdu de vue l'étiologie trop réelle de l'encombrement qui s'est révélée du premier coup à ceux qui, dans la fièvre purulente, n'ont voulu voir que la fièvre elle-même.

On le voit, nous sommes assez loin des conclusions de M. Fleury; et, sur bon nombre de points, nous nous trouverions même en opposition tranchée avec lui. Cela n'a rien de bien étonnant dans une question si obscure; chaque opinion a ses sectateurs; il se pourrait même bien que la doctrine soutenue par M. Fleury fût encore celle du plus grand nombre. C'est précisément parce que, nulle part encore, elle n'avait été présentée avec une telle richesse de faits, avec une telle largeur de développements, que nous avons cru devoir insister sur l'analyse de cette monographie, qui restera toujours une œuvre de conscience et de talent.

MÉMOIRE SUR LA VENTILATION DANS LES HÔPITAUX; *par* M. POUMET.

Le précédent article avait pour objet, en quelque sorte, de rechercher l'origine du mal; celui-ci tendra à en indiquer le remède.

Tout le monde sait combien la mortalité est grande dans les hôpitaux comparativement à la pratique civile; mais c'est surtout quand il s'agit de graves opérations chirurgicales que la différence frappe les yeux. Dans les hôpitaux de Paris, les plus malsains peut-être de la France, M. Malgaigne a fait voir que les amputations de cuisse tuent les deux tiers des opérés; les amputations de jambe, plus de moitié; les opérations de la taille, plus du tiers, etc. A quoi tient une si funeste influence? A des causes nombreuses et complexes sans doute; mais l'encombrement et le défaut d'air y jouent certainement un grand rôle; et le travail de M. Poumet mérite surtout de fixer l'attention, parce qu'il expose, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, les conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvent les malades de nos hôpitaux sous le rapport de l'air respirable, et qu'il indique les moyens d'y porter remède.

Dans l'état de santé, les physiologistes ont évalué de 14 à 26 par minute le nombre des inspirations d'un homme adulte. Dans l'état de maladie, elles deviennent plus fréquentes; M. Poumet en fixe la moyenne à 25.

La quantité d'air qu'une inspiration fait entrer dans les poumons varie bien davantage et a donné lieu aussi à des évaluations beaucoup plus discordantes; Grégory la réduit à 2 pouces cubes; Séguin la porte à 130 pouces. En prenant la moyenne de toutes les évaluations des auteurs, M. Poumet arrive à 29 pouces, et, trouvant ce chiffre insuffisant, adopte le résultat obtenu par Thomson, savoir 33 pouces cubes ou 66 centilitres.

En multipliant ces 66 centilitres par 25 inspirations, on obtient:

Pour une minute. 16 litres 5
Pour une heure.. 990
Pour un jour..... 23760 litres, environ 24 mètres cubes.

Cette quantité d'air nécessaire en 24 heures étant un point important à établir, M. Poumet a cherché à la vérifier par un autre calcul que voici:

M. Dumas, expérimentant sur sa propre respiration, a conclu de ses recherches qu'en une heure il brûlait dix grammes de carbone. MM. Andral et Gavarret sont arrivés de leur côté à cette conséquence, qu'un homme adulte brûle en une heure 11 grammes 3 de car-

bone par la respiration. Ce dernier chiffre admis, il faudrait donc pour la consommation de 24 heures, 271 grammes de carbone, représentant 989 grammes d'acide carbonique, exhalé dans cet espace de temps. Ces 989 grammes ont exigé la combinaison de 715 grammes d'oxigène, équivalant à 500 litres à la température de 0°. Pour 500 litres d'oxigène, l'air atmosphérique contient 1881 litres d'azote; total 2381 litres. Ajoutez un 6e pour la dilatation produite par une température à 16° qui est celle de nos hôpitaux, vous aurez 2523 litres. Cela est loin sans doute des 23760 litres du premier calcul; pour y arriver, M. Poumet fait remarquer, d'après MM. Gay-Lussac et Dulong, que la respiration ne dépouille pas complétement l'air de son oxigène; elle ne lui ôte en tout que 14 pour 100 de ses parties constituantes; donc, pour lui fournir les 2523 litres qu'elle consomme, il ne faut pas moins de 24220 litres par jour, ou environ 24 mètres cubes, comme dans le premier calcul.

Ce n'est pas tout: l'air dépouillé par la respiration est en outre vicié par l'exhalation de l'acide carbonique et de la transpiration pulmonaire. Quant à l'acide carbonique, on peut l'apprécier par la quantité de carbone brûlé; et, en adoptant le chiffre de 11 grammes 3 donné par MM. Andral et Gavarret, nous aurons par chaque heure, 24 litres d'acide carbonique à 16°; soit pour 24 heures 532 litres. Goodwin avait estimé cette production à 560 litres; Menzies jusqu'à 848.

Maintenant dans combien d'air doit être disséminé tout cet acide carbonique pour ne pas devenir nuisible? Leblanc avait établi qu'il ne devait pas dépasser 5 millièmes pour les individus bien portants; pour les malades, M. Poumet pense qu'il n'en faut pas plus de 3 millièmes; et comme déjà l'air extérieur en contient naturellement un millième, il s'ensuit que les 532 litres produits devront être disséminés dans 500 fois autant d'air atmosphérique, c'est-à-dire 266,000 litres, ou 266 mètres cubes.

Quant à la transpiration pulmonaire, elle a été évaluée par les physiologistes, de 38 à 70 centigrammes par minute; en moyenne 52 centigrammes; ce qui fait pour une heure 31 grammes, et pour 24 heures 754 grammes. Pour dissoudre ou évaporer cette quantité de liquide, combien faudra-t-il d'air à 16°? A cette température, 1 mètre cube d'air sec ou 1,000 litres dissout 14 grammes de liquide; mais on peut calculer que l'air extérieur contient déjà par lui-même 4 grammes d'eau en vapeur; il n'en pourra donc plus absorber que 10 grammes. Les 754 grammes de transpiration pulmonaire fournis en 24 heures exigeront donc 75,400 litres.

La transpiration cutanée est bien autrement active que la transpiration pulmonaire; on l'a évaluée de 55 à 160 centigrammes par minute, soit en moyenne 1 gramme. A ce taux il en résulte une masse liquide de 1440 grammes pour les 24 heures; exigeant pour l'évaporation 144,000 litres d'air.

Ce ne sont pas là les seules causes de viciation de l'air provenant des malades; il faut mettre en ligne de compte les vapeurs et les odeurs provenant des excrétions, crachats, matières vomies, déjections alvines, suppuration, etc. Ajoutez l'évaporation des linges mouillés, des cataplasmes, des médicaments. Ajoutez la fumée des poêles et des lampes, la fuite du gaz à éclairage. M. Poumet estime que toutes ces vapeurs, tous ces miasmes, exigent pour être entraînés ou évaporés une masse d'air égale à celle que réclament les deux transpirations cutanée et pulmonaire, c'est-à-dire pour 24 heures 219,400 litres.

Arrêtons-nous ici et récapitulons. On a donc vu que, pour faire respirer un air toujours pur, il fallait en donner à chaque malade:

	par jour.	*par heure.*
Pour absorption d'oxigène par la respiration	24 m. c.	1 m.
Pour dispersion de l'acide carbonique produit	266	11
Pour évaporer la transpiration pulmonaire	75	3
Pour la transpiration cutanée	144	6
Pour toute autre espèce de vapeurs et de miasmes	219	9
TOTAUX	728	30

Toutefois il y a ici une légitime défalcation à faire. Les 18 mètres cubes nécessaires pour l'évaporation des vapeurs, de quelque part qu'elles viennent, sont plus que suffisants pour la dissémination de l'acide carbonique; et dès lors il nous suffira, pour l'évaporation et la respiration, de 19 mètres et quelque chose par malade et par heure: mettons 20 mètres. Voyons maintenant ce que donnent nos hôpitaux, et nous prendrons pour exemples les salles de chirurgie.

La salle Sainte-Marthe à l'Hôtel-Dieu contient 80 lits. Sa capacité totale est de 3942 mètres cubes, réductibles à raison de la place occupée par les pilastres, les lits, les cheminées, etc., à environ 3800 mètres. Enfermez-y pendant 12 heures de nuit 80 malades, exigeant chacun 20 mètres cubes d'air par heure, la quantité d'air nécessaire sera de 19200 mètres; c'est-à-dire que les malades n'auront guère que le cinquième de l'air qui leur est nécessaire.

Nous ne dirons rien de l'air nécessaire en hiver pour le chauffage; car celui que nous

avons demandé pour l'évaporation peut aussi bien servir à cet usage. Mais il n'en est pas de même pour l'éclairage; et M. Poumet a calculé que, pour une nuit de 12 heures, l'éclairage de la salle Sainte-Marthe demandait 637 mètres cubes; ce qui diminue encore un peu la quantité d'air qui revient à chaque malade.

A l'hôpital Saint-Louis, la salle Saint-Augustin ne contient que 20 pour 100 de l'air nécessaire; à la Pitié, la salle Saint-Jean n'en contient que 16 pour 100; la salle Saint-Gabriel seulement 13 pour 100.—Sans doute les fentes, jointures, fissures des portes et des fenêtres en laissent entrer une nouvelle quantité impossible à déterminer, mais certainement toujours insuffisante.

Mais à cette fâcheuse condition de nos hôpitaux est-il quelque remède sûr et facile? M. Poumet montre que par un bon système de ventilation, on arriverait assez facilement au but; il y a de ces appareils établis pour renouveler l'air à la chambre des pairs, à la chambre des députés, dans les théâtres et même dans les prisons. L'auteur demande si pourtant, en bonne morale, dans une question de philanthropie, les honnêtes gens malades n'auraient pas dû passer avant des condamnés bien portants?

Nous sommes heureux d'avoir enfin à faire à ces plaintes légitimes une première réponse satisfaisante. On sait que le nouvel hôpital Louis-Philippe a été récemment voté par le Conseil général de la Seine; voici quelques détails que nous tenons de M. A. Thierry, notre excellent confrère, qui fait partie de ce Conseil, et à qui les chirurgiens de Paris seront redevables de la large part qu'il a prise à l'adoption de ce vote et de ces dispositions. L'hôpital aura 600 lits, disséminés dans des pavillons séparés, élevés de deux étages, et contenant chacun trois salles superposées à 32 lits pour chaque salle. M. Thierry ne voulait qu'un seul étage au-dessus du rez-de-chaussée; mais ici ses efforts ont échoué. Chaque service médical ou chirurgical sera limité à deux salles, ou 64 lits; et enfin tout l'hôpital sera chauffé et ventilé par les mêmes appareils que la chambre des pairs. Nous n'avons qu'à applaudir vivement à ces mesures salutaires; seulement nous émettrons le vœu qu'on n'oublie pas, relativement à la ventilation et au chauffage, les anciens hôpitaux qui en ont tant besoin.

(*Annales d'hygiène publique*, juillet 1844.)

DE LA SUTURE ENTORTILLÉE *pour arrêter l'hémorragie produite par des piqûres de sangsues;* par M. BORDES, D.-M.-P.

Ce moyen, dont l'efficacité ne saurait être mise en doute, a déjà été mis en pratique par plusieurs chirurgiens; et nous avons rapporté une belle observation (ci-devant, page 182) où il réussit après que tous les autres avaient échoué. Toutefois, il est loin d'être généralement connu; les traités les plus récents de médecine opératoire n'en parlent pas, et surtout on n'en savait pas l'origine. C'est donc avec plaisir que nous publions l'extrait suivant d'une lettre qui nous est adressée par un de nos confrères de Paris.

« En 1808, je fus demandé pour donner des soins à une jeune dame anglaise (22 ans) qui, pour je ne sais quelle raison, avait eu quarante sangsues appliquées sur l'abdomen. Lorsque je la vis elle était sans connaissance; et depuis 7 heures du matin (il en était 5), sept à huit piqûres de sangsues donnaient du sang comme des saignées.

« En présence de ce cas grave, je vous avoue qu'un moment je ne sus que faire. Là, la compression était impossible, l'hémorragie trop forte pour que la cautérisation pût l'arrêter. Je pris de suite le parti d'arrêter le sang comme les vétérinaires arrêtent la saignée du cheval; plusieurs petites épingles bien acérées me servirent admirablement. Je pinçai la peau et passai une épingle que j'entourai d'un fil. Quand toutes les piqûres furent liées, je m'occupai de la malade auprès de laquelle je passai la nuit. Ce ne fut que le lendemain que cette dame reprit connaissance; encore ne pouvait-elle parler, mais elle comprenait tout ce qu'on lui disait; sa convalescence fut de près de trois mois. Depuis cette époque, j'ai eu souvent occasion d'employer ce moyen et j'ai toujours arrêté l'hémorragie à l'instant même; j'en ai fait part à plusieurs collègues qui ont également réussi. »

« J'ai l'honneur d'être, etc., »

BORDES, D.-M.-P.

TRAITEMENT PALLIATIF DU VARICOCÈLE; par M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

Nous reproduirons textuellement la lettre adressée par M. Hervez à la *Gazette des hôpitaux*.

« Le rapport de M. Velpeau sur le traitement du varicocèle me donne l'occasion de parler du moyen palliatif bien simple que j'emploie contre cette maladie depuis cinq à six ans. Je l'appelle *palliatif*, parce qu'il est au varicocèle ce qu'un bandage est à une hernie. Il ne le guérit pas, mais il en fait disparaître les inconvénients. Il consiste à tirer en bas la peau des bourses du côté malade, et à l'entourer d'un lien circulaire. Le testicule se trouve ainsi remonté; les veines variqueuses disparaissent sur-le-champ, et avec elles toutes les incommodités qu'elles entraînent.

« La première fois que j'employai ce moyen

si simple, c'était sur un jeune homme qui devait se marier incessamment, et qui n'aurait pas eu le temps de se faire opérer. Il s'en trouva si bien qu'il ne chercha pas mieux.

« J'ignore quelle espérance de succès plus ou moins complet on pourrait fonder sur cette ligature serrée à certain degré et longtemps prolongée. Je n'ai pas revu depuis longtemps le malade dont je viens de parler. Un autre, qui ne portait cette ligature que depuis peu de temps, revint tout dernièrement avec son père me dire qu'il avait été examiné par un médecin qui n'avait rien trouvé de particulier dans l'état des bourses qu'on avait entourées d'un cordon, et l'avait engagé à l'ôter. Entre cette visite et la mienne, les veines avaient reparu, et le père reconnut la différence qui existait entre un côté des bourses et l'autre. Le cordon a été de nouveau appliqué, et on a obtenu le même succès que la première fois.

« Il y a quinze jours, un jeune homme de 19 ans se présenta à la consultation de la Maison de Santé, avec un varicocèle du côté gauche, qui causait tous les malaises qu'il détermine ordinairement. J'appliquai la ligature serrée seulement au degré nécessaire pour ne pas tomber; il revint huit jours après; il ne souffrait plus. J'ôtai la ligature; ce ne fut que quelques instants après qu'on sentit les veines se tuméfier.

« Ce moyen est le même, en principe, que celui de Bransby Cooper: mais il n'est pas douloureux et n'offre point le danger attaché à toute opération. C'est, comme je l'ai dit, un moyen palliatif; c'est le temps qui apprendra s'il peut devenir curatif. »

Nous n'ajouterons que peu de mots. Un moyen palliatif est toujours une excellente chose s'il peut dispenser d'une opération quelle qu'elle soit; nous ne parlons pas de celle de B. Cooper qui consiste à enlever une large portion de la peau du scrotum, et qui n'est elle-même que palliative; nous parlons de la ligature ou de la section par un moyen quelconque des veines du cordon. Il ne faut pas croire qu'elle soit aussi constamment bénigne qu'on l'a dit; tout récemment M. A. Bérard communiquait à la Société de chirurgie un cas funeste où elle avait été suivie de mort. Mais le moyen de M. Hervez de Chégoin est-il réellement plus efficace que le suspensoir qui avait jusqu'à présent servi de palliatif? La chose sera du moins facile à vérifier.

Obstétrique.

REPRODUCTION RAPIDE DE L'EAU DE L'AMNIOS *dans un cas où ce liquide avait été prématurément évacué en totalité;* par M. le docteur HEDRICH.

Une jeune dame délicate, parvenue à la fin du septième mois de sa troisième grossesse, ayant éprouvé, à la suite d'un refroidissement, une douleur dans la hanche, fut prise, le 19 juin, de douleurs dans le ventre, véritables contractions utérines qui furent bientôt suivies de l'évacuation totale du liquide amniotique. L'abdomen qui était très-développé s'affaissa, et, à travers ses parois peu épaisses et celles de l'utérus également minces, il fut facile de reconnaître la situation du fœtus et de suivre les contours de son corps. Déjà les contractions utérines se succédaient, accompagnées d'un ténesme continuel, particulièrement du côté de la vessie. L'orifice était cependant à peine ouvert.

Le plus grand calme de corps et d'esprit fut recommandé. Pendant huit jours la situation horizontale au lit fut gardée; une émulsion de pavots et deux soirs de suite une petite dose de poudre de Dower furent administrées, et, contre toute attente, non-seulement le travail déjà commencé s'arrêta, mais encore le liquide amniotique se reproduisit en peu de temps, et bientôt l'amnios en contint une quantité égale à celle qui avait été évacuée. Le 13 août, près de deux mois après l'accident, naquit une petite fille à terme.

Après l'évacuation des eaux, les mouvements de l'enfant devenus plus fréquents étaient extrêmement pénibles, douloureux même; et ils restèrent tels jusqu'à ce que la formation d'une nouvelle quantité de liquide eût rendu moins immédiat et surtout moins étendu le contact des diverses parties fœtales sur les parois utérines.

(*Neue Zeitsch. f. Geb.* 1844, *t. XV, p.* 465.)

L'auteur pense que la déchirure des membranes devait être assez grande et voisine de l'orifice; autrement il n'eût pas été possible que le liquide fût si promptement et si complétement évacué. Quoiqu'il n'ait pas fait mention de l'état du sac amniotique, l'opinion qu'il émet sur la cicatrisation de la déchirure donne à penser que l'examen en a été fait après la délivrance et qu'aucune ouverture autre que celle qui avait donné passage à l'enfant n'a été reconnue.

Les belles recherches de Nægelé sur l'hydrorrhée des femmes grosses sont trop connues en Allemagne pour que l'auteur de l'observation précédente n'eût pas expliqué, à la manière du professeur de Heidelberg, l'écoulement abondant de liquide observé chez sa malade, si cette explication lui avait paru admissible; et, quoiqu'il ne soit entré dans

aucune discussion à ce sujet, il est présumable qu'il ne s'est décidé pour l'opinion qu'il a émise qu'après mûr examen. Sans doute il aura été frappé de la facilité avec laquelle le liquide, une fois évacué, les divers contours du fœtus ont pu être suivis. Mais la soustraction d'un liquide épanché entre l'œuf et les parois utérines ne pourrait-elle pas produire le même résultat? Dans les cas observés par Nægelé, et qu'il rapporte à une véritable hydrorrhée, il n'y avait aucune saillie insolite du ventre, même dans les cas où la quantité d'eau évacuée avait été considérable; et très-probablement alors le liquide était répandu en nappe sur une large surface de l'œuf.

Hedrich ayant vu le liquide se reproduire peu à peu, et l'écoulement ne s'étant pas renouvelé dans la suite, aura cru sans doute le cas soumis à son observation différent de ceux observés par Nægelé et par d'autres, parce que, dans ceux-ci, à partir du moment où l'écoulement avait eu lieu pour la première fois, il avait ensuite reparu à des intervalles irréguliers plus ou moins souvent jusqu'au terme de la grossesse. Cet argument ne serait pas sans valeur, bien qu'on pût objecter encore que l'obstacle qui a pu s'opposer pendant quelque temps à l'écoulement du liquide résiste indéfiniment, s'il ne se fait pas une trop grande accumulation. Tous les doutes eussent été levés, si, comme dans le cas cité par Ingleby (*On uterine hemorrhage*, pag. 29), on eût trouvé aux membranes une ouverture distincte de celle qui avait donné passage à l'enfant.

S'il était démontré que les membranes une fois déchirées (et n'oublions pas qu'ici cette déchirure devait être large) peuvent se cicatriser, l'explication d'Hedrich pourrait être admise sans objection. Mais il n'en est rien. Dans le cas d'Ingleby, il n'y eut point de cicatrisation, et dans ceux où elle était nécessaire à l'explication d'une théorie, on n'en a pas trouvé de trace.

D'après ce qui précède, ne pourrait-on pas présumer que le cas d'Hedrich n'est qu'un cas d'hydrorrhée pendant la grossesse, qui aurait eu toutefois ceci de particulier que l'écoulement ne se serait produit qu'une seule fois?

Pharmacologie chirurgicale.

NOUVEAU CIMENT POUR LES DENTS; par M. OSTERMAIER.

La *Gazette des hôpitaux* donne, d'après un journal allemand, l'article suivant qui ne manque pas de quelque intérêt.

En recourant à l'emploi des principes qui constituent l'émail des dents, M. Ostermaier est parvenu à obtenir une combinaison qui reste molle pendant quelques instants, puis durcit lorsqu'elle a été introduite dans la cavité des dents cariées; de telle sorte que les dents creuses ainsi remplies peuvent servir ensuite à la mastication tout aussi bien que les dents les plus intactes.

Cette combinaison, qui se rapproche de la composition du tissu osseux, se prépare de la manière suivante :

♃ Chaux caustique......... 13 parties.
Acide phosphorique anhydre floconneux........ 12 parties.

La chaux doit être chimiquement pure et finement pulvérisée; l'acide phosphorique s'obtient par la combustion du phosphore à l'air sec. On mêle promptement les deux substances; il en résulte une poudre qui devient humide pendant le mélange. La cavité dentaire étant préalablement desséchée avec du coton ouaté ou du papier Joseph, on y introduit une quantité suffisante de cette poudre, et on l'y tasse en ayant soin de niveler et de lisser convenablement la surface supérieure, qu'on humecte ensuite avec un peu d'eau.

La poudre mélangée, qui s'est humectée en s'emparant de l'humidité de l'air, se transforme peu à peu et d'elle-même en phosphate de chaux. Aussitôt qu'elle est repassée à l'état sec, la plus grande portion de l'acide phosphorique est déjà entrée en combinaison avec la chaux; et si avant ce moment on n'en a pas fait l'application, elle n'est plus propre à l'usage qu'on voulait en faire et doit être rejetée comme inutile. Le laps de temps pendant lequel ce mélange peut être employé est tout au plus d'une à deux minutes; et il faut d'autant plus se hâter que l'air est plus chargé d'humidité.

Il faut aussi prendre garde de porter la poudre humide dans la cavité dentaire sans avoir préalablement desséché celle-ci. L'humidité qu'on y aurait laissée précipiterait la combinaison de la chaux et de l'acide phosphorique, développerait une forte chaleur, et la masse serait même rejetée au dehors. Au contraire la cavité étant bien desséchée, et la poudre n'étant humectée qu'après son introduction et à la surface, la combinaison a lieu lentement et sans trouble.

Il va sans dire qu'on peut à volonté changer les proportions de l'acide phosphorique et de la chaux.

L'expérience a déjà démontré que ce ciment, appliqué comme il a été dit, remplit parfaitement toutes les indications; mais le temps seul peut décider si sa durée doit répondre à ce que la théorie permet d'espérer.

BULLETIN CLINIQUE.

FORMATION D'UN ANUS ARTIFICIEL A LA RÉGION LOMBAIRE, *pour une obstruction cancéreuse du rectum; mort le huitième jour; autopsie;* par M. MALGAIGNE.

M. Amussat a lu récemment à l'Académie des sciences une nouvelle observation d'anus artificiel pratiqué à la région lombaire gauche, sur une femme de 53 ans atteinte d'une occlusion complète de la partie inférieure de l'intestin. Les suites n'ont présenté rien de particulier; il n'y a eu ni fièvre ni accident inflammatoire; et après un mois la malade était dans l'état le plus satisfaisant. Si je ne me trompe, c'est le troisième succès de ce genre qu'a obtenu M. Amussat; de telle sorte qu'entre ses mains l'opération n'a pas encore eu de revers. J'ai eu occasion de la pratiquer une fois, et l'opéré a succombé le huitième jour; mais dans des conditions telles que l'autopsie pourra servir de preuve nouvelle du peu de danger de l'opération en elle-même.

M. Amussat avait recommandé d'inciser crucialement les couches musculeuses; il m'a paru qu'une simple incision en travers suffirait; et, en effet, dans sa dernière opération, M. Amussat s'est borné comme je l'avais fait à une incision transversale. J'ai décrit dans mon *Manuel de médecine opératoire*, l'anatomie chirurgicale de la région lombaire, et je ne veux pas y revenir; le seul point important à rappeler, c'est qu'il faut se garder de chercher l'intestin trop en dehors, et surtout de vouloir l'isoler ou l'inciser de ce côté, à cause de la ténuité du péritoine, et de ses adhérences avec l'aponévrose du transverse. C'est pourquoi, après avoir divisé l'intestin verticalement, j'ai bien fait une incision transversale en dedans, mais non pas en dehors, de peur d'atteindre le péritoine. L'observation a d'ailleurs été recueillie avec des détails suffisants; et je n'étendrai pas davantage les réflexions qu'elle pourrait suggérer.

OBS.—Le nommé Demol, âgé de 57 ans, entra dans mon service à Bicêtre le 1er octobre 1841, pour un cancer du rectum qui déjà l'y avait amené plusieurs fois. Voici, du reste, comme il nous raconta son histoire :

Il avait toujours joui d'une santé excellente jusque vers l'âge de 36 ans. A cette époque il commença à souffrir d'hémorroïdes fluentes, qui laissaient écouler tant de sang que, selon son expression, on aurait pu en remplir des baquets. Deux ans plus tard, à la suite d'une chute sur le siége, il survint un abcès énorme au côté gauche de l'anus; un médecin appelé ouvrit l'abcès, lequel dégénéra en fistule à l'anus qui fut opérée à son tour; mais, la guérison se faisant attendre, il quitta son médecin, et se pansa lui-même en s'introduisant des mèches enduites de divers onguents, qu'il achetait dans la rue des Lombards. De longues années se passèrent de la sorte, et les choses allaient de mal en pis; vers 1838, il se décida enfin à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il y reçut les soins de M. Blandin, qui lui fit mettre des mèches enduites d'onguent napolitain, et le renvoya au bout de quinze jours avec un amendement notable. Il revint peu après dans le service de M. Roux qui, le jugeant atteint d'un cancer incurable, lui délivra un certificat à l'aide duquel il fut admis à Bicêtre en août 1839. Il entra presque aussitôt à l'infirmerie dirigée alors par M. Guersant; et, du reste, chaque année il y revenait deux ou trois fois, lorsque le rétrécissement du rectum mettait un trop fort obstacle aux déjections. Je l'eus moi-même ainsi plusieurs fois sous ma direction; je lui administrais des lavements, des purgatifs; je faisais introduire des mèches enduites d'onguent mercuriel ou de pommade de belladone; et, les selles rétablies, il nous quittait pour revenir plus tard.

Malgré les progrès du cancer et la constipation habituelle, la santé générale s'était assez bien maintenue, lorsque, vers les premiers jours d'août 1841, le ventre se gonfla plus qu'il n'avait encore fait, et les jambes commencèrent à s'œdémacier; et, après deux mois d'attente stérile, le malade se décida enfin à remonter à l'infirmerie pour la dernière fois.

L'anus était alors tellement rétréci que le doigt n'y pénétrait plus, et que l'on n'y pouvait introduire des mèches du volume d'une grosse sonde qu'en excitant de très-vives douleurs. Tout le pourtour de cet orifice offrait des nodosités rougeâtres, saillantes, très-sensibles au toucher, traversées de douleurs lancinantes, crevassées en divers points, et laissant suinter une matière ichoreuse âcre et fétide qui, en se répandant sur les téguments voisins, y entretenait une rougeur érythémateuse. La santé générale paraissait fort altérée, l'appétit était perdu, les digestions laborieuses. Depuis longtemps le malade n'avait pas rendu de matières fécales proprement dites; et toutefois il était tourmenté d'une sorte de diarrhée très-douloureuse, accompagnée d'atroces coliques. Le ventre, qui se gonflait de jour en jour, donnait presque partout un son mat à la percussion; cependant la fluctuation ne s'y faisait sentir que fort obscurément; et je jugeai que ce grand développement de l'abdomen était dû principalement à l'accumulation des matières fécales, peut-être avec un peu d'ascite; il faut ajouter que l'œdème

des membres inférieurs était monté jusqu'à la base de la poitrine.

Dans des circonstances aussi graves, tout parti était difficile et dangereux. Dans nos explorations antérieures, nous n'avions pu atteindre à la limite supérieure du cancer; aussi l'idée de l'extirpation n'était venue à personne. Jusque-là aussi, le bon état de la santé générale avait défendu de songer à une opération palliative; et peut-être serait-il possible de vider encore le ventre par des moyens plus doux. Je prescrivis, en conséquence, des lavements et des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; à l'intérieur la teinture de digitale. Nous obtînmes ainsi quelques matières délayées dans les selles diarrhéïques et l'apaisement des coliques; cependant le ventre allait en se tuméfiant de plus en plus. Je crus pouvoir recourir sans inconvénient à l'eau de Sedlitz; une bouteille donnée d'abord ne produisit rien; le lendemain une deuxième dose fut rejetée par les vomissements. Je proposai alors au malade, comme dernier moyen de salut, l'établissement d'un anus à la région lombaire, proposition qui fut d'abord rejetée bien loin. Mais bientôt de nouvelles angoisses s'ajoutèrent aux autres, les coliques reparurent, le malade n'avait pas un moment de sommeil; le ballonnement du ventre rendait la respiration pénible; plusieurs accès de suffocation effrayèrent le malade qui réclama lui-même l'opération; et j'y procédai le 3 novembre à 9 heures du matin.

Le ventre mesuré vers l'ombilic avait un mètre de circonférence; la poitrine au niveau de l'aisselle seulement 86 centimètres. Le sujet fut couché sur le côté droit, les jambes repliées, de façon à présenter obliquement le flanc gauche au jour; le ballonnement du ventre était trop considérable pour qu'il fût besoin de le soulever à l'aide de coussins. Une première difficulté vint de l'œdème de la peau qui permettait difficilement de sentir la crête iliaque; il fallut refouler l'œdème en divers points. Une incision transversale de 10 à 11 centimètres fut faite à 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque, jusqu'à la rencontre du muscle grand dorsal; un interstice cellulaire du carré et des muscles obliques apparut aux yeux et fut un autre guide. Les muscles divisés à petits coups, l'aponévrose du carré apparut enfin; et une sonde cannelée fut passée sous les muscles le long de cette aponévrose pour compléter leur incision. L'aponévrose divisée à son tour en arrière, la sonde cannelée glissa par-dessous elle pour la couper en avant; je fis cette manœuvre avec une grande précaution, soulevant fortement l'aponévrose, et ne voulant pas aller trop en avant pour ne pas risquer d'atteindre le péritoine. A ce point de l'opération, il apparut en dehors du carré une saillie légère occupant toute l'étendue de la section faite à l'aponévrose, dont la surface représentait le tissu cellulo-graisseux qui double le péritoine. Cette saillie était rénitente; ce pouvait être le rein ou le côlon; j'essayai de reconnaître le rein en place; mais cela me fut impossible, tant le ballonnement du ventre tenait les parties sousjacentes pressées contre l'aponévrose; et je ne voulais ni trop diviser cette aponévrose, ni déchirer le tissu cellulaire au-dessous, pour ne pas créer de clapiers dans une plaie que l'œdème extérieur rendait déjà si profonde. Le peu de distance où j'étais de la crête iliaque me portait à penser que le rein était plus haut; la percussion toute sonore m'assura mieux encore que j'étais sur l'intestin. Avec une pince à disséquer, je soulevai le tissu graisseux et le divisai; il avait 6 à 8 millimètres d'épaisseur; et comme ses lambeaux masquaient le fond de la plaie, j'en fis la résection. Alors la tunique externe de l'intestin apparut, toute celluleuse, et difficile à reconnaître par elle-même. La percussion réitérée m'assura de rechef; je fis passer une anse de fil en travers à la partie supérieure, une autre à la partie inférieure; l'intestin me parut avoir des parois plus épaisses que je n'aurais pensé. Dans l'intervalle des anses je plongeai un trocart; et des gaz échappés aussitôt nous avertirent que nous étions dans l'intestin. Le long de la canule, je portai de bas en haut un bistouri droit pour fendre l'intestin; aussitôt fendu, je plaçai à droite et à gauche des anses de fil pour tenir ses bords écartés et les amener au niveau de la peau; alors apparut une masse de matière fécale verdâtre, molle, qui cependant s'arrêtait comme un bouchon à l'ouverture béante. J'engageai dans le bout supérieur une sonde de gomme élastique à laquelle j'adaptai la canule d'une seringue ordinaire; et je poussai dans l'intestin tout le liquide que contenait la seringue. A ma grande surprise, comme à celle des assistants, il ne ressortit rien. Après m'être bien assuré que la seringue était vide, je donnai un deuxième lavement de la même manière et j'attendis. La masse molle qui bouchait l'ouverture commença alors à s'écouler lentement, en cylindre aplati; puis une lancée de gaz sortit avec bruit; et presque immédiatement s'échappa un jet demi-liquide de matières stercorales délayées de près de 3 centimètres d'épaisseur, formant une arcade d'environ un mètre de portée, qui dura assez longtemps. Après le jet, revinrent des cylindres plus mous que les premiers, qui, aidés de quelques efforts, coulèrent le long du dos de manière à former une assez grande masse. Et alors enfin, rien ou presque rien n'apparaissant plus, j'agrandis mon incision en haut, en bas et en dedans avec des ciseaux, puis je m'occupai du

pansement. Je réunis avec soin toute la partie antérieure de l'incision de la peau et des muscles, à l'aide de points de suture entrecoupés; je réunis la muqueuse à la peau avec des points de suture du même genre; et je laissai béante la portion postérieure de la plaie, en la munissant seulement de charpie. Le tout fut recouvert de charpie, de compresses, d'une bande, et le malade reporté dans son lit. Il était curieux de noter la diminution du ventre; je ne m'en avisai qu'après les premiers tours de bande; et néanmoins le ruban passant sur la bande et les compresses ne nous donna plus que 94 centimètres.

L'opération et le pansement avaient duré de 30 à 35 minutes. J'eus à lier une artériole sous-cutanée; une ou deux autres ouvertes furent comprimées par les doigts d'un aide et ne reparurent plus. Un des nerfs dorsaux dut être coupé; le malade en fut averti par une douleur très-vive.

Le sujet reporté au lit se trouva dès lors très-soulagé, respirant mieux, et la plaie ne lui faisait presque plus de mal. Une demi-heure après, je lui fis prendre 90 grammes de vin de Bordeaux sucré qu'il trouva fort bon; il accusa une sensation de chaleur à la partie antérieure de la plaie, comme s'il s'écoulait du sang; j'y regardai, et trouvai une nouvelle masse de matière fécale molle. Je mis un cataplasme après avoir tout essuyé, et recommandai de le visiter d'heure en heure.

Dans la journée, il fut essuyé 6 à 7 fois, et changé complétement une fois. Le ventre était très-détendu; quelques matières liquides avait fusé par l'anus.

Le 4 au matin il se disait bien, n'avait plus souffert de ses coliques; mais il paraissait abattu, très-pâle, avec quelque tendance au sommeil. Je prescrivis : *2 bouillons; une potion avec 10 gouttes de teinture de musc, 30 grammes de vin de Bordeaux et du sirop de gomme.*

Après le pansement du matin, il tomba dans un calme et profond sommeil dont il avait été si longtemps privé, s'éveillant de temps à autre pour prendre sa potion et ses bouillons; et la nuit fut aussi en entier employée à dormir.

Le 5 au matin, la figure est doucement colorée, les yeux vifs; le pouls relevé; la peau d'une chaleur normale; il sent de l'appétit.— *Un poisson, deux potages au riz; même potion.* Après le pansement je fis mesurer le ventre à l'ombilic; il ne portait plus que 85 centimètres. Nous fîmes même une observation très-rassurante; c'est que cette forte diminution s'était opérée en partie aux dépens de l'œdème; la peau du ventre se laissait pincer partout et paraissait sèche et ferme; l'œdème des cuisses paraissait aussi diminuer.

L'écoulement des matières et des gaz se faisait très-librement: chose assez curieuse, le malade éprouvait de temps en temps un besoin d'aller à la selle qui l'engageait à pousser. Néanmoins la plaie toujours en contact avec ces matières fécales n'offrait ni tension, ni inflammation, ni suppuration, ni mauvais aspect. L'anus avait laissé échapper un peu de matière presque purement liquide, toutefois d'aspect stercoral.

Le 6, la langue est un peu sèche; pas d'appétit, bien que ce qu'il a pris hier ait bien passé; le pouls à 86. Je supprime la potion.

Le 7, la langue est redevenue humide; le malade ne veut plus que des bouillons, auxquels j'ajoute cependant un lait de poule. La tisane de gomme sucrée lui empâtant la bouche, il demande un peu de vin pour faire une boisson vineuse; je lui en accorde.

Le 8, bien que le malade se dise très-bien, qu'il dorme d'un bon sommeil, qu'il trouve bons ses deux bouillons, et que la plaie ne présente rien de défavorable, cependant la face s'amaigrit sensiblement et devient plus pâle, les forces diminuent plutôt que d'augmenter, et l'œdème des pieds persiste. Je fais entourer les pieds de sacs de sable chaud; pansement de la plaie avec de la charpie sèche; et les matières qui s'écoulent paraissant un peu liquides, bien qu'en médiocre quantité, j'ajoute du sirop de coing à la tisane gommeuse.

Le 9, le malade tousse un peu, et l'air expiré produit un léger râle au fond de la gorge. L'atmosphère est chargée de brouillard, je crains un engorgement des bronches; et je prescris une potion kermétisée. En même temps il accusait de la difficulté à rendre ses urines; mais la souplesse et la sonorité de l'hypogastre nous rassurent contre une rétention réelle. Du reste aucune douleur nulle part; le pouls ne change point, et la nuit a été bonne à l'ordinaire. Quant à la plaie, elle est toujours exempte d'inflammation; mais une traînée érythémateuse se fait voir un peu au-dessous, et se prolonge vers la fesse. —*Onctions avec l'onguent mercuriel.*

Le 10 et le 11, rien de nouveau, si ce n'est que l'érythème semble pâlir et s'éteindre. Le 11 au matin le malade prit son lait de poule; l'anus anormal n'avait rendu que quelque matières demi-stercorales et demi-glaireuses. Vers midi, il avala son premier bouillon; à six heures du soir il prit le second et le trouva bon. Le brouillard continu des jours précédents commençait à se résoudre en une pluie froide qui continua toute la nuit. A une heure du matin, le malade se plaignit d'une douleur du côté de la plaie; l'interne de garde fut appelé et le trouva en parfaite connaissance, s'aidant encore lui-

même pour se placer convenablement sur son côté droit; à l'examen on reconnut qu'une portion invaginée de l'intestin sortait par l'anus anormal. L'interne se mit en devoir d'opérer la réduction; mais, pendant qu'il s'en occupait, le malade retomba subitement; il était mort.

Avant de procéder à l'autopsie, nous constatâmes d'abord que la circonférence du ventre était réduite à 73 centimètres. L'œdème des pieds et du bas des jambes avait une épaisseur de 15 millimètres; mais, à partir des genoux, il n'en existait aucune trace ni sur les cuisses ni sur le ventre.

La plaie était béante dans toute son étendue; le fond en était d'un noir grisâtre comme s'il y avait eu gangrène; mais cette teinte noire était toute superficielle. Toutes les sutures avaient coupé la peau et avaient été entraînées par les matières; plusieurs des déchirures qu'elles avaient produites étaient fermement réunies. Une portion d'intestin fort rouge faisait encore saillie à travers la plaie, et simulait une invagination complète; mais, pour le dire par avance, un examen attentif à l'extérieur et à l'intérieur, après avoir ouvert l'abdomen, nous montra qu'il s'agissait seulement de la paroi péritonéale du côlon, laquelle s'était pliée de manière à présenter l'éperon résultant de ce pli à l'orifice de la plaie. A l'intérieur, les deux feuillets du pli étaient adossés l'un à l'autre sans qu'aucune autre portion d'intestin se fût engagée entre eux pour les pousser à l'extérieur. Cette sorte de hernie ayant été réduite, on vit que, malgré les sutures, la muqueuse de l'intestin n'avait contracté aucune adhérence à la peau; ses bords s'étaient repliés en dehors de manière à figurer un bourrelet hémorroïdal, d'un rouge noir en quelques points, et d'un rouge assez vif en d'autres.

Tout étant vu de ce côté, on passa à l'examen du ventre. Il y avait environ un verre de sérosité jaunâtre dans la cavité péritonéale. L'estomac, distendu par des gaz, surmontait l'arc du côlon qui était affaissé, et l'épiploon replié sur le bord inférieur de cet intestin. Au-dessous se voyaient les intestins grêles, vides par intervalles, et par intervalles remplis de gaz, mais offrant d'ailleurs un aspect tout à fait sain. En les fendant dans toute leur longueur, on trouva que le tiers supérieur environ était occupé par des gaz; le deuxième tiers vide; et le reste contenait une petite quantité de matière demi-liquide. Le cœcum et le colon étaient modérément remplis d'une matière jaunâtre, bien liée, demi-solide, qui devenait plus molle et même liquide au voisinage de l'anus anormal; à 15 centimètres au-dessus de cet anus, l'intestin était tout à fait vide. Le bout inférieur, plus rétréci que le supérieur, était également vide dans une étendue de 12 à 15 centimètres, et plus bas contenait une matière jaunâtre toute pareille.

Tout le péritoine était lisse, poli, parfaitement sain, hors en un seul point vis-à-vis l'angle externe de la plaie, où l'on apercevait quelques brides parfaitement organisées, bien que de formation nouvelle; du reste sans aucune rougeur. Le bout supérieur de l'intestin paraissait au toucher un peu tuméfié; c'était la muqueuse qui, bien que pâle comme partout ailleurs, était infiltrée et offrait un aspect gélatiniforme. Là se bornaient tous les désordres qui pouvaient se rattacher à l'opération. Le foie, la rate, les reins, la vessie et les autres organes étaient sains.

Il restait à examiner l'affection du rectum. Cet intestin, dans une hauteur de 20 à 22 centimètres, était envahi par une affreuse dégénérescence avec fongosités, crevasses, champignons multiformes, et rétrécissement extrême. Le rectum avait une consistance squirrheuse et offrait à la coupe un aspect lardacé; il adhérait solidement au sacrum, et n'en pouvait être détaché qu'en arrachant le périoste. En avant, une large ulcération communiquait avec un vaste clapier qui avait décollé le bas-fond de la vessie, fusé sur les côtés de la prostate, et qui envoyait deux prolongements vers les fesses où il y avait une gangrène étendue du tissu cellulaire; de telle sorte qu'on pouvait légitimement conclure que le malade avait plutôt succombé aux progrès du cancer et de la gangrène qu'à l'opération.

BIBLIOGRAPHIE.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou *Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale*, etc., *par une société de médecins.* — Tome II; MALADIES DES FEMMES, MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE.

Nous avons rendu compte (tom. Ier, p. 319) du premier volume de cet ouvrage, et nous aurions pu nous borner à annoncer le second. Mais nous tenions à rendre aux auteurs ce juste éloge, que le succès ne les a point attiédis, et que ce nouveau volume n'est pas moins consciencieusement élaborés que le précédent. La première moitié complète le *Traité des maladies des femmes*, et nulle part on ne trouvera un travail plus complet et plus pratique sur les maladies de la mamelle. Avec le deuxième commencent les *Maladies de l'appareil urinaire*, et tout d'abord les affections des reins et des uretères. L'histoire des calculs urinaires, les maladies de la prostate et de l'urètre, trouveront place dans le volume suivant.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.—30 *juillet*.—M. Amussat communique un cas nouveau d'anus artificiel pratiqué dans la région lombaire pour une occlusion de l'intestin. Nous en avons donné l'analyse succincte dans notre *Bulletin clinique*.

Les autres séances n'ont rien offert qui ait trait à la chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 30 *juillet*. — M. Jobert fait un rapport sur un Mémoire de M. Reybard, de Lyon, ayant pour titre : *Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du côlon ; ablation de la tumeur et de l'intestin ; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe ; guérison*. M. Raybard avait demandé à répéter devant la commission diverses expériences sur les animaux, pour montrer son procédé opératoire et les résultats obtenus. Nous reviendrons sur ce rapport intéressant.

Après quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bérard sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Les six candidats présentés par ordre alphabétique sont : MM. Denonvilliers, Huguier, Laugier, Malgaigne, Robert et Vidal.

6 *août*. — L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination à la place vacante. Le nombre des votants est de 99 ; majorité 50. Au premier tour, les suffrages sont ainsi répartis :

MM. Laugier	52
Malgaigne	21
Robert	10
Vidal	7
Huguier	7
Denonvilliers	2

M. Laugier ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie.

—M. Velpeau fait un rapport sur un Mémoire de M. Vidal (de Cassis), relatif au traitement du varicocèle. Ce traitement consiste à traverser le scrotum avec deux fils d'argent, passés par les mêmes trous, l'un en avant, l'autre en arrière des veines du cordon, et à tordre les extrémités des fils, de manière à les resserrer d'abord, puis à enrouler les veines tout autour, comme une corde sur un cabestan.—Le rapporteur conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur, et son Mémoire renvoyé au comité de publication.

13 *août*.—M. Dufresse lit deux observations d'anus artificiel pratiqué avec succès par la méthode de Littre, en 1795 et 1811, par Daguesseau, médecin à Madurec (Charente).

— Le conseil général des hôpitaux a décidé que les conférences de M. J. Guérin, à l'hôpital des Enfants, *sur la chirurgie sous-cutanée*, ne seraient pas continuées.

— M. Genest, copropriétaire de la *Gazette médicale*, poursuit en ce moment, devant le Tribunal de Commerce, la dissolution de la Société ; si cette dissolution est prononcée, elle aurait pour effet d'entraîner la vente aux enchères de la *Gazette médicale*.

—M. Gama, ex-chirurgien en chef du Val-de-Grâce, auteur de l'*Esquisse historique du service militaire de santé, depuis l'établissement des hôpitaux militaires en France*, dont nous avons rendu compte (voir tom. Ier, pag. 222), se propose de publier un *Supplément* à cet ouvrage, suivi d'une *Proposition de projet de loi pour la création* : 1° *d'un directoire central des hôpitaux militaires, avec ses divisions ou dépendances ;* 2° *d'un nouveau corps de médecins militaires*. Le tout formera un volume grand in-8° d'environ 400 pages, papier et format de l'*Esquisse historique*. Chaque exemplaire sera du prix de 5 fr. ; et 6 fr. 50 cent. par la poste. On souscrit, en payant le prix de l'exemplaire, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17, à Paris ; et chez l'auteur, rue d'Orléans, n° 3, près la rue des Vignes, à Vaugirard.

—MÉMOIRES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES MALADIES DES OVAIRES ; Premier Mémoire contenant : 1° *les considérations anatomiques et physiologiques ;* 2° *l'agénésie et les vices de conformation des ovaires ;* 3° *l'inflammation aiguë des ovaires* (*ovarite aiguë*), par A. Chereau, D.-M.-P. ; 1 vol. in-8°, Paris, 1844.—Prix : 3 fr.—Chez Fortin-Masson et Cie, place de l'École-de-Médecine, 1, Paris ; même maison, chez L. Michelsen, Leipsig.

— HISTOIRE GÉNÉRALE DES MEMBRANES SÉREUSES ET SYNOVIALES, *des bourses muqueuses et des kystes, sous le rapport de leur structure, de leurs fonctions, de leurs affections et de leur traitement, avec la découverte d'un grand nombre de séreuses et de nouveaux sièges de maladies*, par le docteur Ed. Gelez, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, etc. — 1 vol. in-8° de 356 pages.—Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17. —Prix : 6 francs.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an ; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

SEPTEMBRE 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Lettre sur l'opération du bec-de-lièvre, *considéré dans ses divers états de simplicité et de complication, adressée à* M. Malgaigne, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,* par le docteur **G. Mirault**, *professeur de clinique chirurgicale à l'école préparatoire de médecine d'Angers.*

Mon cher et très-honoré confrère,

Ce travail, dont les premiers matériaux ont été recueillis il y a déjà longtemps, n'aurait peut-être jamais vu le jour, si je n'avais pris connaissance dans le *Bulletin de thérapeutique* (février 1844), de la nouvelle méthode que vous avez inventée pour rétablir le lobule médian de la lèvre supérieure dans l'opération du bec-de-lièvre (1). J'ai applaudi, comme bien d'autres sans doute, à cette ingénieuse découverte, et dès ce moment je me suis promis de la mettre à profit dans ma pratique, aussitôt que j'en trouverais l'occasion. Cette occasion s'est bientôt présentée, et je m'apprêtais à vous faire connaître le résultat de ma tentative, lorsque, réfléchissant sur les cas assez nombreux de becs-de-lièvre que j'avais opérés, et que j'avais recueillis en partie, j'ai formé le projet de donner plus d'extension à mon œuvre. Je vous adresse, mon cher confrère, ce résumé de mes observations, et à quelques égards de mes conceptions, sur une opération de chirurgie que nos plus grands maîtres ont jugée digne de leurs méditations.

(1) Voir le *Journal de chirurgie*, janvier 1844.

C'est un hommage que je rends à un homme dont les efforts, plus d'une fois couronnés du succès, tendent chaque jour au perfectionnement de notre art.

Je diviserai cette lettre en quatre sections. Dans la première, je parlerai de la reconstitution ou réfection du lobule médian de la lèvre supérieure; dans la seconde, des moyens de réunion des bords de la division labiale; dans la troisième, du traitement du bec-de-lièvre compliqué; dans la quatrième enfin, je chercherai à résoudre la question toujours controversée de l'âge auquel il faut pratiquer l'opération.

Section I.—*De la reconstitution du lobule médian de la lèvre supérieure dans l'opération du bec-de-lièvre.*

Je le dis sans hésitation, tout ce qu'on avait fait jusqu'à vous pour obtenir cet important résultat, était frappé du cachet de l'impuissance. Le point de suture inférieur, dans lequel l'épingle suit d'abord une marche ascendante, et ensuite descendante, en décrivant une courbe, produit à la vérité une certaine saillie sur le bord labial; mais cette saillie qui résulte d'une grimace qu'on a fait faire aux tissus, disparaît aussitôt que l'épingle a été retirée des chairs.

Les deux incisions concaves en sens contraires, proposées par M. Husson fils, sembleraient au premier abord devoir résoudre le problème; mais, ce n'est encore là qu'une vue théorique, que l'expérimentation sur le cadavre et la pratique démentent également: (opérations de MM. Malgaigne et Nélaton, citées dans le *Journal de Chirurgie* de M. Malgaigne, janvier 1844.) Dans ce procédé, on assimile les bords du bec-de-lièvre à deux arcs élastiques qui se regardent par leurs faces concaves, et qui, se faisant opposition par leurs extrémités respectives, se redressent et s'allongent quand deux forces viennent à presser sur les sommets de leurs courbes, de manière à appliquer l'une contre l'autre ces deux faces correspondantes. C'est ainsi que l'auteur a cru pouvoir faire descendre la partie moyenne de la lèvre au-dessous du reste de son bord libre, et obtenir un lobule médian. Mais la mollesse des chairs ne se prête point à cette combinaison de l'esprit, et l'on n'en voit pas moins, après cette autre tentative, se former l'échancrure qu'ont toujours déplorée les chirurgiens.

Votre méthode, mon habile confrère, en ouvrant une voie nouvelle, a vaincu la difficulté. Cependant, vous le dirai-je, l'opération par laquelle vous avez obtenu un si beau résultat, me semble susceptible d'être perfectionnée. D'abord vous avivez les bords de la division labiale, en portant les ciseaux de haut en bas. On comprend qu'il vous ait été facile de le faire chez votre malade dont le bec-de-lièvre occupait seulement les trois-quarts de la lèvre; mais si la scissure eût remonté jusque dans la narine, comme il arrive presque toujours, il est évident que la saillie du nez vous aurait empêché d'arriver jusque-là, et que l'avivement aurait dû être fait en deux temps. Ensuite, ainsi que je l'ai moi-même constaté, les deux lambeaux que vous réservez pour la confection du lobule médian, et que vous êtes obligé de façonner de rechef, s'appliquent assez difficilement l'un à l'autre par leurs faces saignantes. Malgré les trois points de suture entrecoupée qui les assujettissent, un vide tend à s'établir vers leurs points de réflexion, et, dans cet état de choses, on peut douter qu'ils représentent parfaitement la saillie moyenne de la lèvre supérieure.

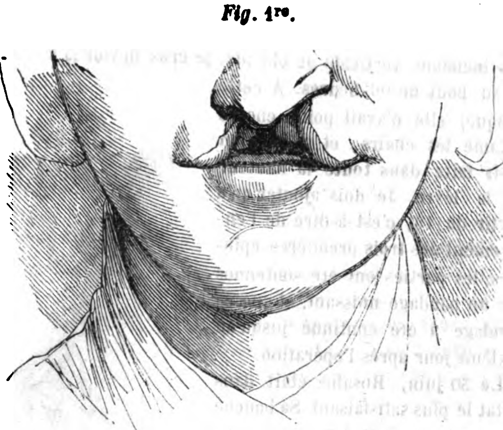
Dans les deux observations qui suivent, mon savant confrère, j'ai introduit un procédé dans votre méthode. Décidez si c'est à tort ou à raison, et demeurez convaincu que votre jugement sera toujours pour moi d'un grand poids.

Obs. Ire. — *Bec-de-lièvre unique, compliqué de division de la voûte et du voile du palais; absence de l'os intermaxillaire du côté droit; réfection du lobule médian de la lèvre supérieure par un procédé nouveau à l'imitation de la méthode de M. Malgaigne.*

Rosalie Bellanger, 13 ans, domestique, entra à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 7 juin 1844, pour un bec-de-lièvre congénital du côté droit. (*Voyez fig.* 1.) La scissure de la lèvre se conti-

nuait, à travers le bord alvéolaire, avec la division de la voûte et du voile du palais. Contrairement à une disposition habituelle, l'écartement des os maxillaires était plus considérable à la partie antérieure, ce qui était une suite de l'absence de l'os intermaxillaire du côté droit. Entre les bords arrondis et rétractés de la solution de continuité, dont l'intervalle n'avait pas moins de deux centimètres à la partie inférieure, on apercevait au milieu la fente du palais; et sur les côtés, à gauche, l'extrémité antérieure du bord alvéolaire du même côté et l'incisive moyenne, à droite et sur un plan plus profond, l'autre extrémité du bord alvéolaire, tronquée, et sur laquelle s'implantait la première petite molaire. Les deux incisives et la canine manquaient de ce côté, les deux premières par défaut de l'os intermaxillaire, la dernière, soit parce que la scissure des os avait lieu sur le point d'implantation de la canine, comme dans l'observation de Sanson, soit que le germe de cette dent se fût atrophié, ce que j'admettrais volontiers, en considérant la minceur de la partie correspondante du bord alvéolaire.

Fig. 1re.



La base du nez était élargie, épatée, surtout à droite (1). L'aile de ce côté était tirée en dehors et en haut, et son cartilage déformé, de telle sorte que l'ouverture rétrécie de la narine représentait une fente transversale et oblique dont les côtés s'appliquaient l'un à l'autre.

Je passe sous silence les lésions de fonctions, conséquence naturelle de cette difformité, parce qu'elles ne différaient en rien de ce qu'on observe en pareil cas.

Opération. — Le 14 juin, après avoir détruit d'un coup de bistouri l'adhérence qui unissait à l'os maxillaire la partie supérieure du côté gauche du bec-de-lièvre, j'assujettis ce même côté en le saisissant par la partie moyenne avec le pouce et l'indicateur, et avec des ciseaux je taillai dans sa partie inférieure, par une section oblique de haut en bas et de dedans en dehors, un lambeau de six à huit millimètres de longueur. Ce lambeau, suspendu au bord de la lèvre, ayant été écarté en dehors par un aide, j'achevai l'avivement des chairs de ce côté par une autre section à peu près verticale, comme on le fait habituellement. Pour mieux préciser ce premier temps de l'opération, je dirai que la section qui servit à tailler le lambeau, commençait à la partie supérieure de l'angle arrondi de cette portion de la lèvre, et que, pratiquée dans la direction d'une ligne qui irait gagner la commissure du même côté, elle se rapprochait de plus en plus du bord de l'ouverture naturelle de la bouche : d'où il suit que le lambeau était plus étroit et comme pédiculé en dehors, ce qui permettait son renversement dans le même sens et favorisait le manuel de la section verticale.

Je procédai de la même manière à l'égard du côté droit du bec-de-lièvre, et je commençai à opérer le rapprochement des bords de la division en pratiquant un premier point de suture entortillée au bas de la section verticale, c'est-à-dire à son point de jonction avec la section oblique du lambeau. Deux autres points de suture furent placés au-dessus du précédent, pour achever la réunion de la division verticale. Restait encore, pour accomplir la restauration de la lèvre, à reconstituer son lobule médian. Je me mis en devoir, comme M. Malgaigne, d'affronter par leur faces sanglantes les deux petits lambeaux qui demeuraient suspendus à leurs pédicules. Ils avaient des dimensions appropriées pour la réfection du lobule, et je les rapprochai en effet en les renversant de haut en bas; mais ils s'appliquaient mal l'un à l'autre près de leur insertion à la lèvre, où il se formait un petit vide qu'il aurait été difficile d'effacer par un point de suture. Pendant que j'avisais au moyen d'obtenir une

(1) Par une erreur du graveur, la figure a été retournée de telle sorte qu'elle présente du côté gauche la lésion qui sur la malade existait à droite, et *vice versâ*. Tous les autres détails étant exacts, il suffit que le lecteur soit averti de cette transposition.

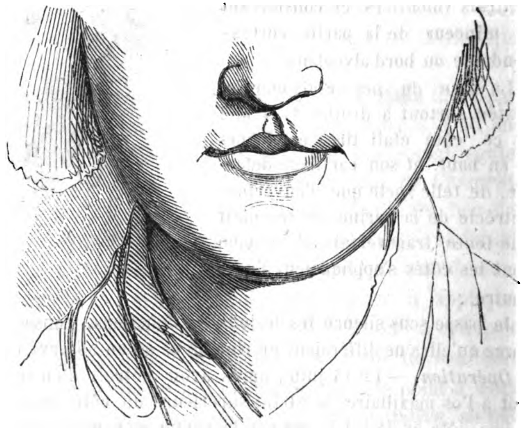
coaptation régulière, les deux petits lambeaux se couchèrent par hasard l'un sur l'autre, en s'imbriquant, et dans cette position ils imitaient très-bien la saillie lobulaire de la lèvre, sauf qu'elle était un peu plus forte. Alors il me vint une idée qui était la conséquence bien naturelle de la situation, puisque, au moment même où je me disposais à la mettre à exécution, je l'entendis exprimer par les aides qui m'assistaient; c'était de retrancher la plus grande partie du lambeau du côté droit et d'appliquer sur sa place disposée *ad hoc*, la face supérieure ou saignante du lambeau du côté gauche. Alors, le lobule médian artificiel fut parfait, et il suffit de fixer ce lambeau par un quatrième point de suture entortillée.

Pour tout pansement, on appliqua un plumasseau de charpie enduit de cérat, et que soutenait une bandelette attachée par des épingles au bonnet du malade.

Le 16, à la visite, 48 heures après l'opération, j'ôtai trois épingles, savoir, l'inférieure qui fixait le lobule et les deux supérieures. Quant à celle qui avait été placée au point de jonction des incisions verticale et oblique, je crus devoir la laisser encore en place, et je ne l'enlevai qu'au bout de 96 heures. A cette époque, elle n'avait point encore entamé les chairs, et la réunion était faite dans toute la hauteur de la lèvre. Je dois ajouter qu'à partir du 16, c'est-à-dire de l'enlèvement des trois premières épingles, les parties ont été soutenues par un bandage unissant, et que ce bandage a été continué jusqu'au dixième jour après l'opération.

Le 30 juin, Rosalie était dans l'état le plus satisfaisant. Sa bouche et son nez avaient leur conformation naturelle, et il ne lui restait de sa monstruosité qu'une cicatrice qui, sans doute avec le temps, deviendra de moins en moins apparente. (*Voyez fig. 2.*)

Fig. 2.



Les changements que j'ai apportés à votre méthode, mon cher confrère, dans l'opération de Rosalie, ont rendu, si je ne m'abuse, la restauration du lobule plus simple et plus parfaite; mais, j'ai hâte de le reconnaître, j'ai travaillé sur vos conceptions. A vous appartient l'idée de faire servir à la réfection du lobule médian ce bourrelet muqueux des bords de la division de la lèvre, que l'on croyait indispensable d'emporter pour obtenir leur réunion, et c'est un honneur que je me plais à proclamer comme un véritable progrès dans notre art.

Toutefois, le principe étant admis, il s'agit de déterminer le meilleur mode d'exécution. Or, il est évident, soit qu'on veuille refaire le lobule avec un ou deux lambeaux, qu'il sera toujours plus facile de porter les ciseaux de bas en haut que de haut en bas, et qu'en procédant comme je l'ai fait chez Rosalie, on ajoute notablement à la sûreté de l'opération. Cette modification était si bien indiquée, que ce fut ma première pensée après avoir lu la description de votre méthode dans le *Bulletin de thérapeutique*, et que je l'avais même mise en pratique avant de savoir que M. Monod vous l'avait proposée.

Vous l'avez vu, ce n'est point du premier jet que suis arrivé à supprimer un des lambeaux avec lesquels vous faites la saillie moyenne de la lèvre, j'y ai été conduit par la manière dont les parties se sont disposées d'elles-mêmes après l'application de la première aiguille. Alors il ne fallait pas un grand effort pour s'apercevoir qu'il était plus simple de n'employer qu'un lambeau, qui s'adapterait facilement, et pour ainsi dire dans sa direction naturelle, à la partie opposée du bec-de-lièvre.

Un reproche que l'on a fait à la restauration du lobule médian par les divers moyens qui ont été proposés, reproche auquel le vôtre, mon cher confrère, ne semble pas

échapper, c'est que ce lobule artificiel ne se trouve pas situé sur la ligne médiane, par suite de la position latérale du bec-de-lièvre. Dans ce que je puis appeler mon procédé, cette imperfection n'existe plus. En effet, dans le bec-de-lièvre unique, le lobule existe ordinairement sur un des côtés de la scissure labiale ; il ne s'agit alors que de le conserver, et, pour cela, il suffit de le faire servir à la confection du lambeau. Le lobule alors occupe le milieu de la lèvre, ainsi que vous pouvez voir dans la figure 2.

Obs. IIe. — ***Bec-de-lièvre unique, compliqué de division de la voûte et du voile du palais ; Rétablissement du lobule médian de la lèvre supérieure par le nouveau procédé.***

René Lelièvre, de Baugé, 15 ans, vint au monde avec un bec-de-lièvre accompagné de bifidité de la voûte palatine et du voile.

A six mois, il fut opéré dans son pays, mais sans succès. On voit aujourd'hui la trace des aiguilles qui coupèrent, dit-on, les chairs en très-peu de temps et avant leur réunion.

Ce bec-de-lièvre est situé à gauche. L'écartement des bords de la division est de deux centimètres à sa partie supérieure qui se confond avec la fosse nasale correspondante, et de trois centimètres à sa partie inférieure. Dans l'intervalle de ces bords, on aperçoit de droite à gauche : 1° Les deux incisives supérieures et moyennes qui ont éprouvé une déviation dans ce même sens et d'arrière en avant ; 2° Une fente d'un centimètre de largeur qui sépare l'incisive latérale de la moyenne, et qui se continue à travers le bord alvéolaire avec la scissure accidentelle du palais ; 3° l'incisive latérale gauche atrophiée, inclinée en avant et de gauche à droite. La déviation complexe de ces trois incisives, à laquelle participe le bord alvéolaire dans sa partie antérieure, tient à des causes qu'il est facile d'apprécier. D'une part, les incisives moyenne et latérale, placées sur les limites de la scissure, se sont déviées de côté, et convergent l'une vers l'autre par suite du défaut d'appui qu'elles s'offrent mutuellement dans l'état normal ; d'autre part, la pression qu'exerce naturellement la langue sur les dents et le bord alvéolaire n'étant plus contrebalancée par la résistance de la lèvre, ces parties dures se sont aussi dirigées en avant.

Au surplus, les parties molles affectent leur disposition ordinaire dans le bec-de-lièvre. Ainsi, les bords de la division labiale sont rétractés vers les commissures de la bouche et se continuent avec le bord libre de la lèvre par un angle très-arrondi. Sur la partie droite, on retrouve encore la forme de la fossette sous-nasale et du lobule médian.

La mastication s'exécute assez bien. Quant à la prononciation des mots, elle est tellement défectueuse que René Lelièvre ne peut se faire entendre. Les sons mal articulés et nasonnés vont se perdre dans les fosses nasales par la large fente de la voûte palatine.

L'intelligence de René est plus développée qu'elle ne l'est habituellement chez les habitants de la campagne.

Opération le 13 août 1844, à deux heures de l'après-midi.

1° *A droite et à gauche* je coupai les deux replis muqueux qui, supérieurement, enchaînaient pour ainsi dire chaque portion de la lèvre aux côtés correspondants des os maxillaires, et s'opposaient à leur rapprochement. 2° *A droite,* d'un coup de ciseaux porté obliquement de dedans en dehors et de haut en bas ; sur la partie inférieure de la scissure labiale et au-dessus de son angle arrondi, je taillai d'abord aux dépens de cet angle un petit lambeau qui, suspendu au bord libre de la lèvre par une sorte de pédicule, fut renversé en dehors par un aide : ensuite, par une section verticale, j'avivai de bas en haut toute l'étendue du bord correspondant du bec-de-lièvre. 3° *A gauche,* enfin, je réséquai dans toute sa hauteur, et comme on le fait habituellement, le bord de la scissure labiale.

Maintenant, si l'on considère la disposition différente des deux côtés du bec-de-lièvre, après leur avivement, on verra qu'à gauche, le bord de la division était plus long, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et dans une seule direction ; qu'à droite, au contraire, le bord avivé était divisé en deux parties, l'une supérieure un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, mais se rapprochant beaucoup de la verticale ; l'autre oblique aussi et dans le même sens, mais se rapprochant de la ligne horizontale, formant avec la première un angle obtus, et à l'extrémité externe de laquelle était attaché le petit lambeau que j'avais taillé près du bord libre de la lèvre.

Pour réunir, j'appliquai la première épingle à la hauteur de l'angle formé par les deux parties du bord droit de la division, et deux autres au-dessus, en gagnant vers la narine. Restait à adapter le petit lambeau qui devait reconstituer le lobule. Une quatrième épingle,

dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, suffit pour cela. On conçoit, en effet, qu'une place était réservée pour ce lambeau à la partie inférieure du bord gauche de la scissure labiale, au-dessous du premier point de suture; et cela était une conséquence de l'excès de longueur de ce bord sur celui du côté droit.

Quatre heures après l'opération, j'appliquai le bandage unissant des lèvres.

La nuit suivante, le malade ne fit qu'un somme.

Le 15, le pansement est renouvelé. La réunion s'est faite sur tous les points. On enlève les deux épingles supérieures, qu'on remplace par des bandelettes de taffetas gommé.

Le 17, on retire l'épingle du lobule, et le 19 celle qui avait été placée la première, c'est-à-dire celle que l'on avait mise au bas de la section verticale. A partir de ce moment, on cesse l'usage du bandage unissant; les parties sont seulement maintenues par des agglutinatifs.

Le 24, onzième jour depuis l'opération, la restauration du bec-de-lièvre est complète. A la partie moyenne de la lèvre est une petite saillie qui imite, à s'y méprendre, la disposition naturelle du lobule médian. Toutefois, le nez n'est point aussi parfait. L'aile et l'ouverture de la narine du côté gauche sont moins correctes que du côté droit. Le bout du nez est très-légèrement dévié à gauche. Ces petits défauts sont une suite de la direction vicieuse et du vice de conformation du fibro-cartilage de l'aile du nez; dans la difformité que nous a présentée René Lelièvre, il n'était pas au pouvoir de l'art de rendre immédiatement à ce fibro-cartilage sa courbure naturelle, qui a été véritablement faussée. Le temps doit encore ici nous venir en aide. En attendant, le visage de René Lelièvre est loin d'être disgracieux, la prononciation des sons est moins imparfaite; mais que peut-on attendre sous ce rapport, tant que la bouche et les fosses nasales ne feront, pour ainsi dire, qu'une seule cavité, et qu'un palais artificiel n'aura pas fermé leur communication?

Dans cette observation, je n'ai taillé qu'un seul lambeau que j'ai pris sur le côté droit, et j'ai appliqué les deux sections de ce même côté à la section unique rectiligne et oblique du côté gauche. On pouvait croire, au premier moment, que ces parties dont la disposition est différente, ne s'adapteraient pas parfaitement; mais quand l'on sait quel parti l'on peut tirer de la souplesse des tissus, on pouvait concevoir ce qui est arrivé, c'est-à-dire, que le petit lambeau du côté droit s'appliquerait très-bien à la partie inférieure de la section du côté gauche. Vous verrez plus loin que, dans une autre circonstance et dans le but d'établir une comparaison entre deux manières de faire, j'ai substitué à cette section unique et rectiligne de l'un des côtés de la scissure labiale une double section anguleuse, plus capable peut-être de s'adapter à la configuration de l'autre côté de cette scissure; je veux dire de celui qui porte le lambeau destiné à la réfection du lobule médian de la lèvre.

Section II. — *Des moyens de réunir les bords de la division labiale.*

La suture entortillée, le bandage unissant des lèvres et les agglutinatifs, tels sont les moyens employés de nos jours pour amener la réunion immédiate des parties divisées. Ils n'ont pas tous trois la même efficacité; mais comme ils peuvent être appliqués simultanément, ou succinctement, et qu'ils se prêtent un mutuel appui, il serait peu rationnel de répudier l'un ou l'autre, et de ne les pas faire concourir ensemble au succès de la cure. Il n'est point aujourd'hui de chirurgien qui, séduit par les belles théories de Louis, voulût confier au bandage seul le maintien des bords de la plaie. On peut à la rigueur, dans les premiers moments, se borner à la suture; mais les épingles, alors, ont à soutenir les efforts de la contraction des muscles et de la rétractilité des tissus, et ont d'autant plus de tendance à diviser ceux-ci. Ainsi donc, d'abord, la suture et le bandage; puis, lorsqu'une partie des épingles ou toutes les épingles sont enlevées, le bandage et les agglutinatifs; enfin, un peu plus tard, les agglutinatifs seuls pour soutenir la cicatrice dont l'organisation est encore très-imparfaite, et qui, jusque vers le dixième jour, est susceptible de céder en s'allongeant, ou de se rompre.

Je trouve, mon cher confrère, que nos auteurs, en ce qui concerne la suture entortillée, s'expriment d'une manière trop absolue sur l'époque à laquelle il convient de

retirer les épingles des chairs. Tous ont cherché à déterminer une époque fixe, qui convînt à tous les cas ; et comme, parmi les motifs communs de leurs opinions, les uns ont admis pour principal ce que d'autres ont considéré comme secondaire, et *vice versâ*, il en est résulté une divergence de préceptes embarrassante pour les jeunes chirurgiens. A la vérité, on s'accorde assez généralement à dire qu'on doit retirer les épingles du troisième au quatrième jour ; mais aussi, Ledran a conseillé de les ôter au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, tandis que Garengeot voulait qu'on différât jusqu'au sixième jour. A mon avis, on ne peut point établir ici de règle qui s'applique indistinctement à tous les opérés. La conduite du chirurgien doit se subordonner à diverses circonstances, et surtout à l'âge du malade.

Obs. IIIe. — Le 7 mai 1844, j'opérai à l'Hôtel-Dieu d'Angers Mélanie Besnier, âgée de 7 mois, d'un bec-de-lièvre unique, compliqué de division de la voûte et du voile du palais. La section des chairs fut faite avec des ciseaux, suivant le procédé ordinaire, et j'appliquai ensuite deux points de suture entortillée que soutint le bandage unissant des lèvres. *Trente-deux heures* après l'opération, les chairs étaient coupées en partie par les épingles, que je dus retirer à ce moment. Le trajet des points de suture était marqué par des plaies qui n'étaient point encore entièrement cicatrisées, lorsque Mélanie sortit de l'hôpital, le 25 du même mois, dix-neuvième jour après l'opération.

Obs. IVe. — Sur une petite fille de 27 mois et demi, que j'opérai en juin 1844, pour un cas semblable au précédent, les deux aiguilles que j'avais appliquées furent enlevées quarante-trois heures après l'opération. La supérieure avait déjà coupé en grande partie les chairs ; l'inférieure n'avait produit que des ulcérations aux ouvertures d'entrée et de sortie de l'aiguille.

Obs. Ve. — Oger, Olivier, de Denée (Maine-et-Loire), âgé de 3 ans, fut conduit à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 13 mai 1844, pour y être opéré d'un bec-de-lièvre unique, avec division de la voûte et du voile du palais ; l'écartement des os était assez considérable. J'appliquai trois épingles, dont deux furent retirées *quarante-huit heures après l'opération*, et la troisième, qui était l'inférieure, au bout de soixante-douze heures ; aucune d'elles n'avait commencé d'entamer la peau.

Dans cette observation comme dans toutes celles qui la précèdent, la suture fut secondée par le bandage unissant, et finalement par l'application de bandelettes de taffetas gommé.

Remarquez, mon cher confrère, les effets différents de la suture chez les trois petits malades dont je viens de relater brièvement l'histoire. Chez le premier, âgé de 7 mois, les épingles enlevées au bout de 32 heures seulement avaient déjà divisé en grande partie les tissus : sur le deuxième, de l'âge de 27 mois 1/2, au bout de 43 heures, le même effet n'avait été produit que par une des épingles : enfin, chez le troisième, les chairs étaient intactes dans tout le trajet des points de suture, après 48 et 72 heures. Ainsi, ce n'est pas autant le temps depuis lequel les aiguilles sont appliquées qui décide de l'action qu'elles ont sur les lèvres, que l'âge des individus, puisque le désordre était plus grand au bout de 32 heures chez le premier enfant, qu'il ne l'était après 72 heures chez le troisième. D'après cela, on peut assurer que si les auteurs diffèrent entre eux sur l'époque à laquelle il est préférable de retirer les épingles, c'est qu'ils n'ont pas tenu compte de la différence que les tissus présentent suivant les âges, sous le rapport de leur *sécabilité*. Nous verrons plus loin que cette considération est d'une grande importance, quand il s'agit de déterminer l'époque de la vie à laquelle on peut pratiquer avec le plus d'avantages l'opération du bec-de-lièvre.

Encore quelques mots, mon savant confrère, pour en finir avec la suture entortillée.

On se sert généralement, abstraction faite de l'espèce du métal, d'épingles assez fortes. Je suppose qu'on a cru qu'elles couperaient moins vite que les petites les chairs qu'elles soulèvent en manière de pont. Cependant il faut tenir compte

aussi du degré d'irritation qu'elles causent suivant leur volume. Or, si les grosses, comme cela est certain, sont plus capables d'enflammer les tissus, il s'ensuit qu'elles les couperont plus facilement, c'est-à-dire plus promptement que les petites, puisque cette section n'est qu'une suite de l'inflammation, ou autrement du ramollissement des chairs. Cette remarque m'a conduit, il y a déjà longtemps, à me servir, comme M. Velpeau, d'épingles très-fines, et, comme il le dit, d'épingles à insectes, dans la plupart des sutures que je pratique sur le visage, et je puis vous assurer que je m'en trouve très-bien. En outre de l'avantage que j'ai cherché à faire ressortir tout à l'heure, ces épingles en ont deux autres; d'abord, elles font moins souffrir le patient, ce qui est bien quelque chose; ensuite, en ne poussant leur pointe que de quatre millimètres environ au delà de la peau, du côté de leur sortie, c'est-à-dire un peu plus que ce qui est nécessaire pour retenir les anses du fil constricteur, on peut retrancher facilement avec les ciseaux une grande partie de leur longueur du côté du point d'entrée ou de leur tête, de manière à ne laisser dans la plaie que des épingles très-courtes. Non-seulement, alors, le bandage unissant est plus facile à appliquer, mais on se met à l'abri des chocs ou des tiraillements que les enfants peuvent exercer sur les épingles, soit avec leurs mains, soit dans les mouvements auxquels ils se livrent pendant le sommeil.

On a coutume de se servir du même fil pour plusieurs points de suture. Béclard, comme vous le savez, s'est élevé contre cette pratique, disant qu'on rapproche ainsi les épingles les unes des autres, ce qui tend à écarter ou à faire bâiller les lèvres de la plaie dans leurs intervalles, comme il arrive lorsqu'on rapproche l'un de l'autre les deux angles d'une boutonnière. Cette raison n'a peut-être pas toute la valeur qu'on lui a supposée. Pour moi, en employant autant de fils qu'il y a d'épingles, et me conformant ainsi au précepte établi par cet habile chirurgien que je m'honorerai toujours d'avoir eu pour maître et pour ami, j'y trouve deux autres motifs qui me semblent le recommander davantage; le premier, c'est qu'on peut ôter les épingles chacune à des époques différentes, sans nuire à l'action de celles qui restent en place; le second, qu'en ne rendant pas les épingles solidaires en quelque façon les unes des autres, comme cela a lieu quand on se sert d'un seul fil, on prévient le tiraillement qu'elles peuvent exercer l'une sur l'autre, pendant la période du gonflement qui suit l'opération.

Quant au bandage, celui dont je me sers est l'unissant à deux globes, tel qu'il est décrit dans la chirurgie de Boyer. Je l'ai cependant modifié de manière qu'il est plus efficace et beaucoup plus solide. Ainsi, d'abord, aux compresses graduées qu'on applique ordinairement sur les joues, j'ai substitué des pelotes souples e mollettes, faites de laine bien cardée, unie à une petite proportion de crin, et recouvertes de peau de mouton chamoisée. Ces pelotes ont environ trois centimètres de hauteur, deux centimètres et demi de largeur, et deux centimètres d'épaisseur. Dans ces dimensions, elles s'appliquent très-bien aux joues, où la pression du bandage leur fait creuser une espèce de loge. Ensuite, j'ai apporté un léger changement dans la direction des bandes au moment où elles passent devant la lèvre. Au premier et au troisième tour, elles marchent horizontalement sur les pelotes, comme on le fait dans le bandage ordinaire; mais, au deuxième tour, le globe qui est à gauche passe sous l'extrémité inférieure de la pelote du même côté, et monte obliquement vers l'extrémité supérieure de la pelote du côté droit, qu'il embrasse de la même manière. Le globe opposé passe de même sous l'extrémité inférieure de la pelote droite, pour aller gagner obliquement l'extrémité supérieure de la pelote gauche. Il en résulte que les deux chefs de la bande, croisés en X sur la plaie, emboîtent véritablement les deux pelotes, s'opposent à ce qu'elles puissent ni monter ni descendre, et donnent à l'appareil une fixité telle, qu'il m'est arrivé de le trouver, le cinquième jour, dans le même état où il était au moment de son application. A la vérité, j'ajoute à cette solidité, en mettant des épingles partout où les linges seraient susceptibles de glisser. Avec un pareil bandage on peut très-bien se dispenser d'appliquer la fronde du men-

ton. L'enfant conserve la liberté de la mâchoire inférieure, est moins gêné, et peut faire sans inconvénients les mouvements nécessaires pour avaler les boissons nourrissantes ou les panades qu'on voudra lui donner.

Les détails qui précèdent ne vous paraîtront point oiseux, mon savant confrère ; car il est certain qu'un bandage bien fait, non-seulement est un puissant auxiliaire de la suture entortillée, mais que, en permettant d'enlever les épingles à une époque plus ou moins rapprochée de l'opération, il empêche celle-ci de couper les chairs, et contribue pour beaucoup à la perfection de la cure.

(*La fin au prochain numéro.*)

Description d'un nouvel appareil pour la réduction des luxations ; *par* M. Briguel, *D.-M.-P., à Epinal.*

Cet appareil se compose d'abord d'une tige ou levier en bois équarri d'un mètre de longueur sur 3 à 4 centimètres de largeur et d'épaisseur, renflé toutefois à sa partie moyenne et à son extrémité supérieure, où il a 6 centimètres d'épaisseur. Le renflement du bout supérieur est traversé d'une mortaise dans laquelle joue une poulie de renvoi. Le renflement médian supporte un treuil transversal qu'on met en mouvement à l'aide d'une manivelle, et sur lequel viendra s'enrouler le cordon tracteur. Ce treuil est muni d'une cheville d'arrêt à laquelle s'attache le cordon tracteur, et d'une roue dentée circulaire, sur laquelle s'ajuste une clavette lorsqu'on veut arrêter et prolonger la traction portée à un degré convenable. Enfin l'autre bout du levier est armé au centre d'une pointe ou saillie en fer destinée à prendre un point d'appui sur le plastron dont il va être question tout à l'heure. Telle est la première pièce de l'appareil.

Ce plastron est une plaque de cuir solide, de la forme d'un carré allongé, assez large pour répartir la pression sur un espace suffisant, assez bien rembourré pour ne pas blesser, surtout à raison de son mode d'agir. En effet, il porte dans son centre une petite plaque d'acier de deux ou trois millimètres d'épaisseur, percée d'un trou pour laisser passer la pointe en fer du levier ; cette pointe, après avoir traversé ce trou, est reçue dans une cavité creusée dans l'épaisseur du plastron, véritable cavité articulaire, sur laquelle le levier peut décrire des mouvements orbiculaires. A l'extérieur, le plastron offre quatre anneaux, dans lesquels passent deux courroies solides destinées à le fixer sur la région voulue, comme sur la poitrine par exemple.

Restent enfin et le bracelet pour embrasser le membre sur lequel on veut tirer, et le cordon qui sert à la traction. Le bracelet consiste en une plaque de cuir mou et un peu épais, muni de quatre courroies et de quatre boucles pour le serrer. Vers son milieu il est parcouru de haut en bas par une autre courroie forte et solide qui lui est solidement fixée, et qui supporte un anneau auquel vient s'attacher le cordon. Ce cordon est composé de 18 ficelles ; il a une longueur d'un mètre, et présente un œil à chaque extrémité. L'un de ces yeux sert à attacher le cordon à l'anneau du bracelet par un nœud coulant ; l'autre fixe le cordon à la cheville d'arrêt du treuil.

L'appareil ainsi décrit et disposé, rien de plus simple que la manière de s'en servir.

1° *Réduction de la luxation du bras.* — On commence par poser un bandage de corps maintenu par deux scapulaires. Le malade étant assis sur une chaise, on le fixe à celle-ci au moyen d'un linge plié en cravate qu'on passe obliquement au-devant de la poitrine ; puis, ramenant les deux chefs derrière le dos de la chaise, on les noue après celui-ci.

Par-dessus le bandage de corps on pose le plastron, que l'on fixe au moyen des deux courroies à boucles, plus ou moins sur le côté, selon le genre de luxation qui se présente. Les choses ainsi disposées, et un aide secondant la fixité du malade déjà retenu par le lien de la chaise, en se plaçant derrière celle-ci et maintenant avec les mains les environs de l'épaule malade, l'opérateur pose l'extrémité en fer de l'appareil, armé de

son cordon tracteur, dans le trou du plastron, ayant soin de diriger le levier dans la direction selon laquelle la traction doit s'exercer. Alors le plaçant sur son bras gauche, si c'est le bras droit qui est luxé, et *vice versâ* si c'est le bras gauche, et tenant le bras luxé avec la main, de l'autre il tourne le treuil doucement. Lorsqu'il juge que la traction est suffisante, il abaisse la petite main ou clavette sur la roue dentée du treuil; puis plaçant sa main disponible dans le creux de l'aisselle, il pousse la tête de l'humérus en face de sa cavité; puis soulevant la petite clavette ou main, il lâche peu à peu le tracteur, jusqu'à ce que la tête de l'humérus rentre complétement et sans secousse dans sa cavité. On ôte alors l'appareil et l'on panse comme à l'ordinaire.

2° *Réduction de la luxation de l'avant-bras.* — Lorsque la luxation est récente, les moyens ordinaires suffisent; mais, dans le cas de luxation ancienne, et surtout si le sujet est jeune, fort et vigoureux, on peut procéder avec cet appareil comme pour la luxation de l'humérus.

3° *Réduction de la luxation de la cuisse.* — Ici le point d'appui se fait contre une portion de la branche descendante du pubis et une portion de la tubérosité sciatique du côté opposé au membre malade.

Comme dans la réduction du bras, la traction se fera, dans les quatre espèces de luxations, dans le sens de la direction vicieuse de l'os déplacé, en dirigeant l'appareil dans ce sens. Ainsi, on commence par placer une serviette pliée en cravate dans le pli de la cuisse opposée au membre malade, ayant soin de ramener en les croisant les extrémités vers la crète de l'os des îles du côté malade, où on les fixe avec des épingles; puis on passe une autre serviette pliée de la même manière sur la crète de l'os des îles du côté malade, en ramenant ses extrémités vers la crète de l'os des îles du côté opposé, et là on les confie à un aide, ou on les fixe avec des épingles.

Cela fait, on pose le plastron sur le point le plus convenable du pli de la cuisse, ayant soin d'y comprendre la surface de la tubérosité sciatique, et, au moyen des courroies dont l'une embrasse la cuisse du côté sain et l'autre se fixe sur la crète supérieure et antérieure de l'os des îles, on consolide le plastron convenablement. Les choses étant ainsi disposées, et le malade couché sur le devant du lit, on introduit dans le trou articulaire du plastron le bout ferré de l'appareil, armé de son cordon tracteur, dont on fixe le bracelet au bas de la jambe. Alors l'opérateur, les aides fixant bien avec leurs mains le bassin, tourne doucement et lentement jusqu'à ce qu'il pense que la traction est suffisante; puis, fixant cette traction au moyen de la petite main qui arrête le treuil, il porte l'appareil et le membre dans la direction normale du membre ou de son axe normal, c'est-à-dire place la tête du fémur vis-à-vis de sa cavité, et lâche ensuite peu à peu le cordon tracteur jusqu'à ce que l'os soit rentré dans sa cavité. Pour le reste de l'opération, on se comporte comme à l'ordinaire.

4° *Réduction de la luxation du pied.* — On n'a autre chose à faire qu'à embrasser le pied avec le nœud coulant du cordon tracteur, en détachant le bracelet, et en appliquant plusieurs compresses mouillées autour et en dessous des malléoles.

Avantages du tracteur dans son application. — On pourrait craindre, à la première vue, que le tracteur, prenant son point d'appui sur l'une des parties du corps, n'exerçât sur celle-ci une pression telle qu'il pourrait en résulter des accidents fâcheux. Je l'avais d'abord pensé; mais en opérant sur soi-même ou sur toute autre personne, on reste convaincu de l'innocuité de la pression obtenue, puisqu'elle est à peine sensible.

Cet instrument a, sur tous ceux imaginés jusqu'à ce jour, le grand avantage de pouvoir combiner le mouvement orbiculaire simultanément avec la traction, dont on règle à volonté la force, et que l'on peut maintenir en permanence, ou détruire instantanément. Comme on le conçoit, pour les personnes peu exercées et surtout dans les cas de luxation ancienne, on peut ajouter au tracteur un dynamomètre qui en facilite l'usage et prévient les accidents d'une traction exagérée. Dans le cas des luxations anciennes, le tracteur peut être appliqué au malade dans son lit et être réglé par celui-ci à volonté, c'est-à-dire qu'il peut, la nuit comme le jour, augmenter la traction de tel nombre de

degrés convenus, etc. Le tracteur jouit encore de l'avantage de remettre l'os en place lentement, doucement et sans secousse.

Sur l'amputation du coude-pied, ou dans l'articulation tibio-tarsienne; *par* **James Syme,** *professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Edimbourg* (1).

C'est une assertion qui pourra sembler surprenante, mais qui n'en est pas moins fondée en réalité, que l'amputation au coude-pied, sauf peut-être quelques exceptions, peut et doit remplacer et faire rejeter l'amputation de la jambe au-dessous du genou. Afin de bien établir cette thèse, il est nécessaire de montrer, d'abord, que le moignon qui résulte de la nouvelle opération est propre à remplir tout ce qu'on a droit de lui demander; en second lieu, que, dans les diverses circonstances qui exigent l'ablation du membre, l'amputation du coude-pied offre au patient une ressource aussi efficace que celle de la jambe.

L'idée d'amputer dans l'articulation tibio-tarsienne n'est pas nouvelle; l'opération avait été faite par divers chirurgiens sur le continent avant que je m'en occupasse; et probablement elle serait aujourd'hui généralement adoptée, sans ce doute toujours conservé si les extrémités des os seraient suffisamment recouvertes pour fournir au membre un utile et sûr point d'appui. Pour mon compte, quand je lisais ces procédés où il faut disséquer des lambeaux de peau sur le dos ou sur les côtés du pied, j'étais si peu rassuré touchant la protection que de pareils lambeaux pouvaient offrir contre les fâcheux effets de la pression sur une partie qui s'y trouve tant exposée, que je ne me sentais nul désir d'en faire l'expérience. Cependant l'idée me vint qu'en pratiquant l'opération d'une autre manière, on pourrait échapper à toute objection de ce côté. Il s'agissait de ménager un lambeau à la plante du pied, constitué par les téguments épais du talon, en faisant une incision transversale et séparant ces parties du calcanéum, de manière que les tissus solides disposés par la nature pour supporter le poids du corps fussent toujours employés pour le même usage. Deux premières tentatives ayant donné des résultats satisfaisants, j'en fis part au public médical, et j'ai vu avec plaisir que non-seulement mes collègues à l'hôpital, mais que des praticiens dans d'autres endroits ont déjà suivi mon exemple. L'expérience ultérieure que m'a donnée ma propre pratique m'a fourni les moyens d'indiquer quelques perfectionnements dans le procédé opératoire, de signaler une faute importante à éviter, et de confirmer cette espérance que j'exprimais tout à l'heure de bannir presque absolument de la chirurgie l'amputation de la jambe.

Le meilleur instrument pour pratiquer l'opération est un grand bistouri, ou un petit couteau à amputation d'une longueur de lame de quatre pouces environ. On n'a pas besoin de tourniquet, et l'aide a plein pouvoir sur les vaisseaux en empoignant le coude-pied. Dans mes premières opérations, je donnais au lambeau une longueur qui n'était pas nécessaire; et l'on peut en toute sécurité suivre pour sa délimitation les règles suivantes. On fera deux incisions en travers du dos et de la plante du pied, courbes et regardant en avant par leur convexité, du reste exactement opposées l'une à l'autre. Une ligne tirée autour du pied, au milieu de l'espace compris entre la tête du cinquième métatarsien et la malléole externe, leur servira de limite en avant; et elles se rencontreront de chaque côté un peu plus en arrière, vis-à-vis les saillies des deux malléoles. Il faut prendre garde de ne pas couper l'artère tibiale postérieure avant sa division en branches plantaires; dans deux cas où cela m'est arrivé, il y a eu une gangrène partielle du lambeau. Si l'articulation tibio-tarsienne est saine, on résèque les deux malléoles à l'aide de tenailles incisives; si les surfaces articulaires du tibia et du

(1) *London and Edinb. Monthly Journ. of Med. Science,* August. 1844.

péroné sont altérées, il faudra emporter avec la scie une mince tranche de ces os. Les bords de la plaie seront réunis par suture et recouverts d'un appareil léger. Quand la cure est complète, le moignon présente une forme conique, ayant son sommet ou le point central de la pression constitué par la peau épaisse qui recouvrait le talon (1).

Quand on considère les circonstances dans lesquelles cette opération peut être pratiquée, il est digne de remarque que, jusqu'à une époque toute récente, on recourait généralement dans notre pays à l'amputation de la jambe, lorsque la carie s'étendait au delà du métatarse. Fréquemment l'amputation de Chopart aurait satisfait à toutes les indications ; mais un malheureux préjugé s'opposait à son adoption ; on craignait que les extenseurs du talon, délivrés de leurs antagonistes, n'inclinassent le moignon en bas, et ne le rendissent impropre à supporter le poids du corps. En 1829, d'après des raisons qui ont été exposées ailleurs (2), bien que personne ne l'eût encore tentée à Édimbourg, je m'aventurai à pratiquer cette amputation partielle du pied dans un cas où l'on avait proposé de couper la jambe ; et j'obtins un succès complet, sans la moindre apparence de l'inconvénient que faisait redouter la théorie. Encouragé par ce résultat, j'adoptai franchement cette opération ; et en peu de temps je la fis six fois avec des résultats tout à fait satisfaisants. Depuis lors, elle s'est trouvée établie parmi nous, et on la pratique régulièrement dans les cas où elle est indiquée.

Mais quoique l'amputation de Chopart ait beaucoup restreint les cas d'amputation de la jambe, il y a toujours deux cas dans lesquels la carie se rencontre fréquemment, et où elle échappe à toute ablation partielle du pied. C'est quand elle affecte l'articulation de l'astragale avec le calcanéum, et la jointure tibio-tarsienne elle-même. Dans le premier cas, l'os malade est si près du côté externe du talon, qu'il semble tout naturel de l'attaquer avec la gouge ou d'autres moyens d'extirpation ; et de nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens, mais rarement et peut-être jamais avec succès, attendu l'extension de la carie aux surfaces articulaires compliquées des deux os. J'ai réussi dans un cas de ce genre, en faisant une large brèche au pied, allant d'un côté à l'autre, et y passant un épais séton chargé de précipité rouge et d'autres escarrotiques ; mais on ne saurait même compter sur ce traitement ; et son peu de succès, dans un cas où j'y avais fondé quelque espérance, me porta à rechercher une méthode d'amputation au cou-de-pied qui convînt dans de semblables circonstances, et qui laissât au patient un moignon confortable. Dans le fait de John Wood, publié précédemment, l'affection siégeait ainsi entre l'astragale et le calcanéum. Peu de temps après le succès obtenu chez lui, je rencontrai un autre cas, rapporté aussi dans le même mémoire, où l'articulation tibio-tarsienne elle-même était affectée, et je n'hésitai pas à répéter l'opération. Le gentleman sur qui elle fut pratiquée, bien que tenu longtemps par d'autres causes dans un état de santé fort douteux, marche maintenant avec aisance et commodité.

Les luxations compliquées de l'articulation tibio-tarsienne, avec ou sans ce curieux déplacement de l'astragale qui résulte d'une chute violente sur le talon, étaient d'abord regardées comme exigeant l'amputation de la jambe. Sir A. Cooper, par l'autorité de son expérience, a encouragé à essayer alors de sauver le membre ; et dans la pratique privée, les deux variétés de cette lésion sont maintenant fréquemment amenées à une terminaison heureuse, bien qu'à travers un traitement très-prolongé. Mais il faut reconnaître qu'on a perdu nombre de sujets, particulièrement dans les hôpitaux, en voulant ainsi sauver le membre. A l'infirmerie royale, je trouve que sur quinze blessés

(1) Une figure jointe au Mémoire original représente le moignon comme il est ici décrit, un peu renflé en avant, en arrière et sur les côtés, et de là s'amincissant en cône tronqué, à angles adoucis. La cicatrice est linéaire, transversale, un peu au-dessus de la base du cône, et regardant directement en avant.

(2) *Edinb. Med. and Surg. Journal*, Oct. 1829.

affectés de luxation compliquée de cette articulation, et qui n'ont point été soumis à l'amputation, deux seulement ont guéri ; et, même dans le cas de guérison, le pied reste généralement dans un tel état de roideur, de faiblesse et de sensibilité aux impressions du dehors, qu'il est plutôt un embarras qu'un appui pour le patient. Maintenant, tout ce danger, ces lenteurs du traitement, cette infirmité permanente peuvent être évitées par l'amputation immédiate du pied. Tant qu'on était réduit à cette alternative de chercher à sauver le membre ou d'amputer la jambe, il y avait de fortes raisons contre l'opération. Mais si le salut du blessé et la rapidité de la guérison peuvent être assurés par la simple ablation de cette partie du membre qui, autrement et dans les cas les plus heureux, sera à peine de quelque valeur, soit pour l'usage, soit pour l'ornement ; si en même temps on procure un moignon de tout point préférable à un pied déformé, roide, irritable, je pense qu'on n'hésitera guère à recourir, en pareilles circonstances, à l'amputation du coude-pied. J'aurais certainement amputé dans le cas suivant, si je n'eusse été à la campagne le jour de l'entrée du sujet.

Obs. I. — John Cameron, âgé de 54 ans, entré le 11 novembre, était tombé le matin même de ce jour, d'une hauteur de 20 pieds environ au fond d'un gazomètre. Il avait sur le coude-pied droit une large déchirure, à travers laquelle s'offrait au dehors la surface articulaire de l'astragale. On fit la réduction sans difficulté, et on mit les bords de la plaie en contact. Il alla bien pendant quelques jours; mais ensuite il fut pris de fièvre et se plaignit de douleur dans le membre qui s'était beaucoup tuméfié. On fit des incisions pour évacuer la matière et apaiser la douleur. Les choses allèrent assez bien encore jusqu'au 25, où il eut un frisson suivi d'un redoublement de fièvre. Le 31, nouveau frisson; le pouls, jusque-là resté entre 90 et 100 pulsations, monta à 120. Le 2 décembre, comme ressource désespérée, je fis l'amputation du coude-pied. Comme la malléole interne était fracturée, et les surfaces articulaires dépouillées de leurs cartilages, j'enlevai avec la scie une tranche des deux os.

Après cette opération, le patient alla mieux de jour en jour, et quoique la guérison fût retardée par l'état de la jambe, qui avait été à plusieurs reprises le siége d'une suppuration diffuse, le moignon était complétement cicatrisé le 15 janvier. Tous ceux qui ont vu ce malade étaient convaincus que l'amputation de la jambe, si on l'avait faite au lieu de celle du pied, aurait été mortelle.

Quand la partie antérieure du pied est détruite par une violence extérieure ou la congélation, ce qui reste des parties molles peut être employé de diverses façons pour recouvrir les os. C'était pour les cas de ce genre que Chopart avait imaginé son opération, qui, vu la proximité du coude-pied, avait été jusqu'ici considérée comme l'extrême ressource avant l'amputation de la jambe. C'est à celle-ci qu'il eût fallu nécessairement recourir dans le cas suivant, en s'astreignant aux règles de la pratique ordinaire.

Obs. II. — James Sutherland, âgé de 25 ans, fut admis le 25 septembre. Il raconta que, quatre mois auparavant, par suite d'exposition au froid, son pied était tombé en mortification, et s'était séparé presque en totalité, de telle sorte qu'il n'en restait plus que l'astragale et le calcanéum, avec les téguments qui les recouvraient. Les surfaces articulaires antérieures des deux os étaient tout à fait dénudées, et il était évident que ni par l'effet du temps, ni par le traitement le plus attentif, on ne pouvait espérer la formation d'une cicatrice sur ces surfaces. Mais comme les parties molles, bien que ne suffisant que tout juste pour l'amputation du coude-pied, paraissaient pouvoir s'y prêter, je résolus de tenter cette chance de salut pour le malade.

Je fis l'opération le 3 octobre, sans rien retrancher de la peau que ce qu'il fallait pour donner aux lambeaux une forme convenable. La plaie guérit par première intention, et avant la fin de la quatrième semaine le blessé pouvait se promener dans les salles avec un soulier ordinaire (*a common shoe*), si bien que le défaut du membre s'apercevait à peine.

En décrivant l'opération, j'ai dit qu'il fallait éviter avec soin de couper l'artère tibiale postérieure avant sa division en branches plantaires; je vais maintenant exposer plus en détails les faits qui m'ont conduit à cette règle.

Obs. III. — Elizabeth Wilson, âgée de 7 ans, fut admise le 19 février pour une maladie

du coude-pied gauche. Il y avait seize mois que, sans cause connue, le coude-pied était devenu gonflé et douloureux. Du pus s'y était rapidement formé, et s'était ouvert plusieurs issues, qui ne s'étaient jamais refermées. Le pied était fort tuméfié, roide, informe; et deux trajets fistuleux conduisaient la sonde jusque sur un os carié.

Le 21, je procédai à l'amputation du coude-pied; mais trouvant les surfaces articulaires réunies par ankylose, je mis à nu les extrémités du tibia et du péroné, et les sciai en travers, sans avoir préalablement enlevé le pied comme de coutume. En liant les vaisseaux, il parut que l'artère tibiale postérieure avait été coupée avant sa division en branches plantaires, de sorte qu'une ligature suffit au lieu de deux. Le moignon avait le meilleur aspect, et permettait d'espérer le résultat le plus favorable. Ce fut donc avec beaucoup de surprise et un cruel désappointement que, quelques jours après, je trouvai le lambeau gangrené dans une bonne moitié de son étendue. La guérison fut en conséquence retardée fort au delà du temps ordinaire, et la malade ne quitta l'hôpital que le 31 mars. Le moignon se cicatrisa à la longue par la contraction des téguments, sans laisser à nu aucune partie des os, mais sans être aussi plein et aussi bien garni que de coutume.

J'attribuai la gangrène dans ce cas à une trop forte pression du bandage; et ayant eu peu après à répéter l'opération sur un malade à Minto-House, je divisai à dessein l'artère tibiale postérieure avant sa bifurcation, afin d'avoir la même facilité pour lier le vaisseau que dans le cas précédent. A ma grande surprise et à mon grand chagrin, le lambeau se gangréna dans la même étendue que chez l'autre opéré; et comme on avait apporté la plus grande attention au pansement du moignon, je ne pus attribuer ce résultat à la cause que j'avais d'abord supposée. Mais comme, dans les deux cas, l'artère avait été coupée avant sa bifurcation, tandis que chez tous mes autres opérés elle avait été laissée entière, et qu'ainsi le lambeau, privé de presque toutes ses sources ordinaires de nutrition, ne recevait plus de sang que par les anastomoses successives des petits vaisseaux, je conclus que l'accident en question venait de ce que je m'étais écarté de ma pratique accoutumée, et je me résolus bien de ne pas m'y exposer à l'avenir.

Obs. IV. — Robert Craig, âgé de 10 ans, recommandé par M. Turnbull, fut admis le 3 juin pour une maladie du pied droit. Trois mois auparavant, à la suite de frissons violents, l'inflammation s'en était emparée et avait été rapidement suivie de suppuration. Il s'était fait une succession d'abcès, qui avaient donné naissance à un grand nombre de fistules ouvertes sur le dos et les côtés du pied, et par lesquelles la sonde arrivait sur la carie. La santé générale depuis quelque temps s'était beaucoup détériorée.

J'amputai le pied le 5 juin, en évitant avec soin de toucher à l'artère tibiale postérieure. La plaie guérit presque entièrement par première intention, et l'enfant est aujourd'hui presque entièrement rétabli.

Il est donc dès à présent démontré que l'amputation du coude-pied peut être faite de façon à offrir un moignon de tout point convenable et confortable, en conservant le libre usage du genou, et permettant au sujet de marcher avec une entière liberté. On a vu aussi qu'au moyen de cette opération, la carie de la rangée supérieure des os du tarse, celle des articulations astragalo-calcanéennes, et celle même de l'articulation du coude-pied, peuvent être enlevées; et qu'elle peut également servir de remède aux luxations compliquées du coude-pied, et à la destruction du pied portée à un degré qui rendrait l'amputation de Chopart impraticable. Quelles autres indications reste-t-il donc pour l'amputation de la jambe? Les tumeurs malignes du tibia et du péroné réclament l'amputation de la cuisse; et les fractures compliquées de la jambe assez graves pour nécessiter l'ablation du membre, admettent à peine l'amputation au-dessous du genou, les parties molles à une distance si rapprochée du siége de la lésion n'étant pas propres à une action réparatrice. En conséquence, les cas d'amputation de la jambe, s'il en est, seront au moins très-rares. Dans ma propre pratique, depuis que j'ai adopté l'amputation du coude-pied, je n'ai coupé qu'une jambe au-dessous du genou, et dans des circonstances toutes spéciales, qui ne permettaient pas d'adopter d'autre mesure.

En terminant, il faut remarquer que les avantages de l'amputation au coude-pied,

quand on la compare à l'amputation de la jambe, ne sont pas limités à une mutilation moindre et à une plus grande utilité du membre; mais que l'opération s'accompagne aussi de beaucoup moins de danger. Cela sera évident si l'on considère: 1° combien est moindre l'ébranlement général, vu le peu d'étendue des parties enlevées, qui n'est pas de beaucoup plus grande que dans l'amputation de Chopart; 2° le petit calibre des artères divisées, qui prévient tout risque d'hémorragie; 3° la nature du tissu osseux mis à nu, qui est spongieux, et non sujet à s'exfolier; 4° enfin l'intégrité conservée du canal médullaire, ce qui nous assure contre l'inflammation des tissus qu'il contient, et aussi des veines.

A l'appui de ces données si favorables, touchant le moindre danger de notre opération, je peux ajouter les résultats de l'expérience; en effet, sur quatorze sujets chez lesquels elle a été pratiquée, huit dans ma propre pratique, six par les mains d'autres chirurgiens, il n'y a pas eu un seul cas de mort.

Nous ajouterons quelques mots au travail intéressant de M. Syme.

Dans la première édition de notre *Manuel de médecine opératoire*, publié en 1834, à l'occasion de la désarticulation tibio-tarsienne, après avoir rappelé le procédé à deux lambeaux latéraux de M. Velpeau, nous ajoutions ces paroles (page 352):

« Ce procédé, un peu obscurément décrit, ne nous satisfait pas plus que le procédé circulaire conseillé par Sabatier. Le moignon devant reposer sur un pied artificiel, il importe que la cicatrice ne soit pas au centre. Nous ferions donc un très-court lambeau en avant, par une incision demi-circulaire aboutissant au bord postérieur de chaque malléole. Puis l'articulation serait attaquée par le côté interne dont la malléole descend moins de quatre lignes que l'autre; et, la désarticulation achevée, on taillerait le lambeau aux dépens de la peau du talon, plus propre que toute autre, après la guérison, à soutenir le poids du corps. Et si les malléoles faisaient trop obstacle à la réunion, nous ne verrions aucun inconvénient à les retrancher, et à obtenir ainsi le moignon le mieux conformé et le mieux revêtu de tous ceux qui résultent d'amputations faites à la jambe et à la cuisse. »

Mais, plus tard, la difficulté de détacher le lambeau de la face postérieure du calcanéum, la minceur de ce lambeau à sa base, ou plutôt à son pédicule au niveau de l'article, cette considération que la peau du talon ne s'ajusterait pas en réalité au-dessous des os, mais plus en avant, et enfin la difficulté de procurer au malade une bottine convenable, toutes ces raisons nous avaient conduit à rejeter et notre procédé et l'opération même. Déjà M. Baudens avait rappelé de cette décision quant à l'opération, en imaginant un nouveau procédé qui consiste à découper un lambeau unique sur la peau du dos du pied. Voici maintenant M. Syme qui a ressuscité notre procédé même, et qui en a obtenu des résultats de nature à exciter une sérieuse attention.

Nous croyons en effet qu'on a trop légèrement jugé ces questions d'amputation de la jambe, pratiquées pour des lésions fort souvent limitées au pied. L'amputation de Chopart, puis celle de M. Lisfranc nous ont déjà donné de précieuses ressources, bien que celle de Chopart ne soit pas sans de très-graves inconvénients qui ont été démontrés de reste dans ce journal (Voyez ci-devant, pages 21 et 58). Mais il devient plus évident de jour en jour qu'il ne faut pas s'arrêter là; qu'entre les deux grandes articulations du tarse, il y a des os qu'on peut encore ménager, et c'est pourquoi nous avons reproduit le procédé de M. Jobert (ci-devant page 20). Bien plus entre l'articulation de Chopart et l'articulation tibio-tarsienne, il y en a une encore où le couteau pourrait être porté avec quelque bénéfice.

Lorsque nous prîmes, il y a près d'un an, le service de Saint-Antoine, nous trouvâmes dans le service un homme affecté d'une carie du calcanéum qu'on avait cherché à détruire avec la gouge et le maillet; mais l'affection avait poursuivi son cours; et, à quelque temps de là, un abcès ouvert au milieu de la plante du pied nous montra que

l'os était pris à sa face inférieure, de telle sorte que l'amputation seule pouvait en délivrer le malade. L'astragale était sain; et après avoir médité sur ce cas, nous nous étions résolu à enlever le pied par la désarticulation calcanéo-astragalienne; l'opération avait été répétée sur le cadavre; mais le malade ne voulut pas s'y soumettre. Dans ce cas, nous aurions pris le lambeau sur le dos du pied, à l'imitation de M. Baudens; aujourd'hui, rassuré par les succès de M. Syme, nous préférerions revenir à notre idée exprimée en 1834. Peut-être même, si la carie occupait l'articulation calcanéo-astragalienne, pourrait-on encore scier une tranche de l'astragale afin de conserver un moignon plus large et mieux garni tout ensemble.

La première opération de M. Syme remonte à 1842; il l'a publiée en février 1843 dans le même journal auquel nous avons emprunté son second mémoire. Afin de mettre nos lecteurs à même de juger en parfaite connaissance de cause, nous reproduirons cette première observation.

Obs. — « John Wood, âgé de 16 ans, de Dunbar, fut envoyé à l'hôpital par M. Aitchison, le 8 septembre 1842, pour une affection du pied avec inflammation et suppuration, conséquence d'une entorse arrivée un an auparavant. A son entrée, le coude-pied était fort tuméfié, et présentait deux ouvertures fistuleuses par lesquelles un stylet arrivait sur les os du tarse, principalement sur l'astragale et le calcanéum; le malade était très-maigre, épuisé; et l'amputation de Chopart n'ayant plus prise sur les os malades, l'amputation de la jambe paraissait être la seule ressource. Toutefois, les malléoles étant saines, on pouvait tenter l'amputation au coude-pied; et ce fut le parti auquel je m'arrêtai. Je procédai de la manière suivante :

« Je coupai en travers les téguments du dos du pied, en décrivant une courbe dont la convexité regardait du côté des orteils; je fis ensuite en travers de la plante du pied une incision semblable, qui se trouvait ainsi opposée à la première. Les lambeaux furent alors séparés par la dissection des parties auxquelles ils adhéraient, ce qui fut fait sans peine, excepté au talon et où la densité des tissus occasionna une petite difficulté. La désarticulation fut opérée ensuite sans obstacle; et les malléoles furent réséquées avec des tenailles incisives.

« Il n'y eut ni réaction générale ni aucun symptôme alarmant; mais le malade se rétablit lentement, comme on pouvait s'y attendre d'après la faiblesse générale, et le mauvais état des parties molles comprises dans le moignon. *Une petite escarre se sépara du lambeau inférieur;* et je fus obligé, dans le cours du traitement, de faire à travers l'un et l'autre lambeau une contre-ouverture pour donner un libre écoulement au pus. Il fut renvoyé le 2 décembre; et j'ai su de M. Aitchison qu'il allait tout à fait bien. Les plaies sont solidement cicatrisées; le moignon peut supporter un certain degré de pression, en raison de sa forme arrondie, qui se prête parfaitement à l'application d'une bottine ou d'un pied artificiel; et il est fortement protégé contre toute injure extérieure par l'épaisseur de ses téguments. »

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE *contre les divisions de l'intestin; par* M. GÉLY, de Nantes.

Nous avons à rendre compte d'un travail recommandable à la fois par les idées, par les expériences et par les faits pratiques qu'il renferme; aussi donnerons-nous à cette analyse une étendue proportionnée à son importance.

M. Gély part de ce point de vue, que les moyens proposés jusqu'à ce jour pour réunir l'intestin divisé, sont en général insuffisants et dangereux; *insuffisants*, parce qu'ils ne maintiennent pas suffisamment les séreuses en contact; *dangereux*, en ce qu'ils exposent à l'épanchement des matières, et en ce que, nécessitant la présence d'un corps étranger dans la plaie extérieure, ils s'opposent à sa fermeture immédiate et permettent l'entrée de l'air. Cela est plus que sévère; mais il faut passer quelque chose à l'indulgence paternelle qu'a tout auteur pour son œuvre, surtout si, en affectant cette rigueur pour les autres, il n'a exagéré les difficultés qu'avec la conscience de les avoir vaincues.

M. Gély s'est donc proposé de remplir les conditions suivantes :

1° D'adosser les séreuses; et par là son procédé rentre dans la méthode de M. Jobert;

2° De les adosser par un demi-renverse-

ment des lèvres de la plaie; c'était aussi le but du procédé de M. Lembert;

3° D'oblitérer exactement la plaie; tous les procédés ont couru après cet avantage, et plusieurs l'ont obtenu;

4° De couper les fils au ras du nœud de manière à ne jamais laisser leurs chefs dans la plaie, et à assurer la chute du fil dans la cavité intestinale; c'est encore un but qui a été atteint;

5° De disposer les fils de telle sorte qu'aucun point, aucun nœud ne soit visible du côté du péritoine; ici commencent véritablement les avantages du procédé;

6° De rendre la suture d'une exécution facile, applicable à tous ou presque tous les cas; voilà surtout ce qui fait son triomphe.

Du reste, le procédé de M. Gély n'en est plus à l'état de théorie, ni même uniquement appuyé par des essais sur le cadavre ou sur les animaux vivants; il a déjà la consécration d'un double succès sur l'homme; et l'intérêt que présentent de pareilles observations est assez grand pour que nous les reproduisions intégralement. Voici d'abord la première.

Obs. I.—*Double plaie intestinale, traitée et guérie par le nouveau procédé.*

« Mathurin Magré, âgé de 16 ans, marin, fut frappé, le 4 décembre 1841, à huit heures du soir, et au sortir d'un repas, de plusieurs coups de couteau, dont un au bras gauche, un autre à l'épaule, un troisième à la région fessière, du même côté. Ces blessures, qui n'intéressaient que la peau et les muscles sous-jacents, fournirent peu de sang. Une quatrième blessure, beaucoup plus grave, siégeait au flanc gauche. Elle avait été produite, comme les précédentes, par un coup de couteau porté pendant que Magré était renversé sous son adversaire. La plaie était située un peu en arrière, vers le bord interne du muscle carré des lombes, et au milieu de l'espace compris entre la dernière côte et la crête de l'os des îles. Après la réduction de l'intestin, il fut facile de constater que l'instrument avait cheminé un peu obliquement et d'arrière en avant, dans l'épaisseur des parois abdominales, ce qui donnait à la plaie une assez grande étendue. Lorsque Magré fut visité, peu de temps après l'accident, par plusieurs médecins à la fois, une anse considérable d'intestin s'était engagée dans cette plaie, et y était déjà étranglée, ce qui empêcha de procéder immédiatement à la réduction. Le blessé fut placé sur un brancard, et transporté à l'hôpital, où MM. Poulet-Duparc, Charruau et Gélusseau l'acompagnèrent. Il s'était écoulé près de deux heures, entre le moment où Magré avait été blessé, et celui de son installation à l'Hôtel-Dieu, où nous étions arrivé en même temps que lui. Pendant tout ce temps, il n'avait jeté aucun cri, manifesté aucune douleur. Il était si complétement calme que plusieurs fois on le crut mort. Il avait, au contraire, conservé d'autant mieux sa présence d'esprit et sa force morale, qu'il ne se doutait pas le moins du monde de la gravité de sa blessure. Ajoutons que Magré, qui avait été blessé à l'issue d'un repas copieux, n'était nullement ivre, et qu'il avait vomi immédiatement une partie des aliments ingérés.

« L'anse intestinale, étalée sur le flanc, avait été pendant près de deux heures exposée à l'air, dont la température était fort basse, et au froissement des vêtements. Elle était en outre étranglée par la plaie; sa longueur était au moins de 70 *centimètres*. Plusieurs personnes présentes l'estimèrent à *un mètre*.

« L'intestin était volumineux, comme distendu, épais, très-injecté, un peu violacé, par suite de la stase du sang veineux. Une assez grande portion du mésentère était sortie avec lui. Le débridement de la plaie, qui était devenu nécessaire, fut opéré avec les précautions d'usage. Ce débridement, qui ne fut porté qu'au point bien strictement indispensable, fut étendu à toute la longueur de la plaie et à son orifice abdominal, placé à plus de 3 centimètres de profondeur. Je procédai alors à la réduction de l'intestin, examinant successivement, et avec le plus grand soin, la portion qui allait être repoussée, afin de bien m'assurer de son intégrité. Arrivé à la partie moyenne de l'anse herniée, je remarquai deux plaies, que leur position dans les plis transverses de l'intestin avait jusque-là cachées à mon examen. Ces plaies, peu étendues, offraient une direction parallèle à la circonférence intestinale et aux vaisseaux qui la parcourent, et se trouvaient placées directement l'une devant l'autre. On se fera une idée exacte de leur étendue et de leur position, en admettant (ce qui était d'ailleurs à peu près vrai) que la circonférence du tube fût de 8 centimètres, dont 4 centimètres pour la demi-circonférence, donnant attache au mésentère, laquelle était parfaitement saine; puis, à chaque extrémité de ce premier arc, un centimètre pour chacune des plaies produites par le coup perforant; enfin deux centimètres de tissu sain, représentant le bord libre de l'intestin. Les lèvres de ces plaies étaient écartées par un bourrelet membraneux qui fermait l'ouverture. La membrane muqueuse, ainsi poussée au dehors par la contraction de la tunique moyenne, était d'un rouge brun très-intense. Il ne sortait point de matières alimentaires par ces plaies; seulement, de temps à autre, on voyait quelques bulles gazeuses écarter les lèvres du bourrelet muqueux qui les oblitérait.

« Les conditions de cette blessure donnent lieu de faire une remarque qui tombe également sur tous les procédés anciens ou modernes dans lesquels on maintient les fils dans la plaie, pour les retirer plus tard. Ils deviennent, en effet, d'une application plus difficile et plus dangereuse, lorsqu'il existe deux plaies opposées, et tous les inconvénients attachés à leur emploi seraient encore plus manifestes, s'il existait plusieurs blessures sur la longueur du canal intestinal. Ceci s'applique aussi bien à la suture spiroïde, à la suture à points passés et au procédé de M. Raybard, qu'à celui de M. Jobert.

« *Description du procédé employé.* — Une aiguille ordinaire, armée d'un fil simple ciré, fut enfoncée d'arrière en avant au niveau d'un des angles de la plaie, et à 4 millimètres en dehors, pour ressortir, après avoir traversé la cavité intestinale au point correspondant de la même lèvre, vers l'angle opposé. L'aiguille fut ensuite portée d'avant en arrière sur l'autre lèvre, de manière à parcourir le même trajet, mais en sens inverse. Les quatre piqûres faites par l'aiguille formaient ainsi les angles d'un rectangle, dont la plaie occupait la partie moyenne dans le sens du plus grand diamètre. La portion du fil représentant les côtés du rectangle parallèles à la plaie, était située dans la cavité intestinale. Les petits côtés du rectangle, répondant aux angles de la plaie, étaient au contraire formés par des fils situés extérieurement sur le péritoine, et représentés, pour l'un des angles, par la partie moyenne du fil, et, pour l'autre, par les deux chefs croisés par un nœud simple. Il est facile de comprendre ce qui vint à se passer, lorsqu'on serra les fils ainsi croisés, en déprimant les lèvres de la plaie vers la cavité intestinale. Dans cette manœuvre, chacune des lèvres de la plaie exécuta un mouvement de rotation d'un quart de cercle du côté du canal, et le rapprochement exact, produit dans ce premier temps, fut maintenu par un nœud double. Alors les fils ne représentaient plus un rectangle, mais bien une simple boutonnière, dont les côtés étaient situés dans l'intestin, à la base de la saillie valvulaire formée par le renversement des membranes, et dont les angles, traversant les extrémités du repli intérieur, étaient cachés au fond du sillon formé à la surface extérieure de l'intestin. On se ferait difficilement une idée de la parfaite coaptation qui résulta de l'emploi de ce procédé. Tous les assistants en furent aussi agréablement surpris que nous. Les fils ayant été coupés au ras de l'intestin, le nœud disparut dans le sillon dont nous avons parlé, et aucune portion du fil ne demeura visible à l'extérieur. Ce procédé, répété sur l'autre plaie, donna exactement le même résultat.

« L'intestin fut ensuite complétement réduit dans la cavité abdominale, et je m'assurai, en y portant le doigt, qu'il avait bien réellement franchi l'orifice intérieur de la plaie.

« Cela fait, un morceau de sparadrap servit à recouvrir et à rapprocher les lèvres de la division cutanée. Des compresses graduées, placées sur les côtés, devaient servir à comprimer son trajet, pour empêcher les intestins de s'y engager de nouveau. Le tout fut maintenu par un bandage de corps.

« Toutes les personnes présentes à cette opération regardaient le malade comme voué à une mort prochaine, par suite de la gravité de la blessure, et notre opinion sur ce point était à fort peu de chose près la même. Cependant, en vue de combattre et de prévenir les redoutables accidents qu'il y avait à craindre, nous recommandâmes une forte saignée pour le moment où le pouls, qui avait beaucoup faibli pendant l'opération, viendrait à se relever. Elle fut exécutée deux heures après par l'élève interne. Des vomissements abondants de matières alimentaires eurent lieu toute la nuit.

« Le lendemain matin, le malade était assez calme ; il y avait un peu de sensibilité du ventre, bornée à la région sous-ombilicale ; fièvre modérée.

« La journée fut bonne, sans douleurs, sans agitation fébrile ; pendant la nuit, sommeil continu assez tranquille.

« Le 6 au matin, pouls modérément accéléré, sans dureté ; facies calme et bon, langue humide ; abdomen sans douleur, ni tension. Dans la journée, ni fièvre ni douleur ; même état pendant la nuit, sommeil paisible.

« Le 7 au matin, légère douleur abdominale qui n'a pas duré ; pouls calme, à peine accéléré : peau naturelle, visage très-bon. Le besoin d'aller à la selle s'étant fait sentir au soir, on a donné un lavement huileux. L'exonération a été très-facile et n'a eu aucune suite fâcheuse. Sommeil bon.

« Le 8 décembre, point de douleurs ni de tension au ventre ou à la plaie du flanc. Celle-ci s'est réunie par première intention. Les autres plaies sont dans le même état. Pouls à 70. Etat parfaitement satisfaisant. Le malade demande à manger. (*Gruau.*)

« Le 9, on peut considérer le malade comme guéri. L'état physique et moral n'a certainement jamais été meilleur. C'est avec peine qu'il se résigne à ne pas manger et à rester au lit. (*Riz, bouillie.*)

« Le 12, le malade s'étant procuré un morceau de pain et l'ayant mis dans sa soupe, éprouva au soir des coliques et un besoin d'aller à la selle. Un lavement le soulagea un peu. Coliques pendant la nuit.

« Le 13, pouls calme, un peu roide. Légère

sensibilité du ventre. Quelques coliques. (*Diète.*)

« Le 14 décembre, mieux ; plus de coliques.

« Le 15, état parfaitement satisfaisant. Le malade a repris tous les attributs de la santé la plus parfaite. Cependant les aliments ne lui furent rendus que graduellement, et avec une extrême circonspection.

« Le vingtième jour après l'accident, il mangeait la demi-ration de pain sans en être le moins du monde incommodé. Depuis cette époque jusqu'au 10 mars, il n'a pas présenté le plus léger accident pouvant se rattacher à la grave blessure qu'il avait reçue. »

Ainsi que l'auteur le fait remarquer, cette suture dérive de la *suture à points passés*, dont elle constitue une variété complexe. Elle a le plus grand rapport avec la couture que l'on appelle *piqué double* ou des deux côtés, surtout quand elle est exécutée comme la font par exemple les cordonniers, avec deux fils à la fois ; et en conséquence, M Gély l'appelle *suture en piqué*. Elle pourrait à la rigueur se faire avec une seule aiguille comme dans l'observation qui précède; mais le procédé serait long et embarrassant, pour peu qu'il fallût multiplier les points ; mieux vaut en conséquence se servir d'un fil armé de deux aiguilles. Voici comment M. Gély décrit dans ce cas le manuel opératoire.

« *Manuel opératoire*. — Un fil ciré est armé à chaque extrémité d'une aiguille ordinaire. L'une d'elle est enfoncée parallèlement à la plaie, en dehors et en arrière de l'un de ses angles, à une distance de 4 à 5 millimètres ; elle ressort après un trajet de 4 à 5 millimètres dans l'intestin. L'autre aiguille est ensuite employée à exécuter la même manœuvre sur la lèvre opposée. Les fils sont alors croisés ; l'aiguille de gauche passe à droite, et réciproquement. Chacune d'elles sert alors à faire un nouveau point entièrement semblable au premier, avec la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté au côté opposé. Cette manœuvre est ensuite répétée autant de fois que cela est nécessaire pour garnir toute l'étendue de la plaie. Cela fait, il reste, avant de nouer les fils, à serrer convenablement chaque point. Cette partie de l'opération se fait en prenant successivement chaque échelon transversal, et même chacun des deux fils qui le composent, avec une pince à disséquer, et en exerçant dessus une traction convenable, tout en déprimant les lèvres de la plaie. Elles ne tardent pas à s'adosser avec une telle exactitude, que l'on n'aperçoit plus au dehors aucune trace des fils qui ont produit ce résultat. Lorsque cette opération est terminée, il ne reste plus qu'à nouer ensemble les deux fils opposés, et à couper les chefs au ras de ce nœud. Nous avons déjà dit que, dans ce cas, il est aussi bien caché que le reste du fil. Quand on examine par l'intérieur de l'intestin cette espèce de suture, on observe un repli valvulaire formé par les tuniques intestinales adossées ; puis, à la base et de chaque côté, la ligne continue représentée par les anses du fil qui ferme si complétement la plaie.

« *Précautions spéciales*. — On doit employer des aiguilles déliées, mais un peu plus grosses que le fil, pour que celui-ci passe très-facilement après elles. L'intestin doit être perforé au moins à 4 millimètres en dehors de la plaie, de chaque côté ; c'est à cette distance que doivent se trouver les deux lignes formées par les anses latérales, qui sont ainsi écartées l'une de l'autre de 8 millimètres ; le renversement ne peut être effectué qu'à cette condition. Toutes les tuniques doivent être percées du même coup de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. Pour éviter de cheminer obliquement dans leur épaisseur, et pour ne pas faire le point trop long, il faut aplatir l'intestin dans cet endroit, en pressant entre deux doigts les surfaces opposées. La distance entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie doit être au plus de 6 millimètres, ce qui fait 10 anses pour chaque bout, pour un intestin dont la circonférence serait, après la réduction, et dans le cas de section complète, de 6 centimètres. Après avoir croisé les fils, il ne faut pas tenir à faire pénétrer l'aiguille exactement par le trou de sortie du fil opposé, ce qui rendrait plus que difficile la partie de l'opération qui consiste à adosser les surfaces. *Du reste, on rend infailliblement l'opération plus facile et plus prompte, en serrant dès qu'on a fait deux points de chaque côté, et en les arrêtant de suite par un petit nœud*. En continuant ainsi sur toute la longueur de la plaie, on éprouve moins de difficulté à mettre les parties en contact. Cette méthode est surtout indispensable dans les plaies complètes. Une précaution fort importante consiste à bien maintenir le parallélisme entre la longueur des points faits de chaque côté, pour que les parties rapprochées se correspondent bien. Dans les plaies complètes, la suture sera commencée au bord libre de l'intestin, pour venir se terminer au même point. Pour exécuter cette suture, il faut employer un fil délié. La soie à coudre, de moyenne grosseur, est, à notre avis, le meilleur qu'on puisse choisir. Il importe qu'elle soit toujours fortement cirée et qu'elle ne cordonne pas.

« Le procédé est le même, quelles que soient la direction et la situation de la blessure. Nous l'avons appliqué sur le cadavre et

sur les animaux, avec la même facilité, aux plaies complètes et incomplètes. »

Ce n'est pas seulement aux plaies simples que ce procédé nouveau pourrait s'appliquer; supposez une perte de substance ronde ou elliptique, rien de plus facile que de mettre en contact les deux demi-circonférences de la plaie. Bien plus, on peut ainsi mettre en contact deux plaies, deux pertes de substance placées à une certaine distance l'une de l'autre; car il est aussi facile d'agir sur deux circonférences isolées que sur deux portions d'une même circonférence. Le cercle à parcourir est complet; mais il sera parcouru aussi exactement et de la même manière. L'effet de cette opération serait d'adosser parallèlement les deux anses d'intestin, et d'établir entre elles une communication fistuleuse, ce qu'on n'obtiendrait d'aucune autre espèce de suture; et peut-être est-ce là le parti qu'il faudrait prendre, si l'on avait par exemple à remédier à deux ouvertures faites par une balle, situées à une certaine distance l'une de l'autre, et susceptibles par leur forme et leur position de se prêter à cet adossement.

M. Gély examine également jusqu'à quel point sa suture s'appliquerait aux pertes de substance par gangrène, dans les hernies étranglées; il cherche à prévoir les divers cas possibles, et pose des règles en conséquence. Le tout se réduit toujours à la possibilité de régulariser la perte de substance, et d'en affronter les bords. Mais il a eu occasion, dans un cas de hernie du cœcum, d'appliquer la suture en piqué à une petite plaie faite par mégarde à l'intestin; c'est un deuxième exemple de succès que nous ne voulons pas passer sous silence.

Obs. II. — *Hernie crurale étranglée. —Opération.— Présence du cœcum et de l'intestin grêle. — Ouverture de ce dernier.— Emploi de la suture en piqué.—Guérison.*

« La femme Leclerc, âgée de 45 ans, fut prise, à la fin du mois d'août (25) 1842, de coliques et de vomissements avec constipation. Elle avait d'abord affirmé n'avoir aucune tumeur herniaire; mais le troisième jour de l'accident, elle découvrit dans l'aine gauche une tumeur dont elle n'avait jamais eu connaissance. A cette époque, la face était grippée, la constipation absolue, le ventre ballonné et sensible, les vomissements glaireux et bilieux, à peu près constants, et il y avait eu de plus quelques parcelles de matières fécales; le pouls était faible et concentré. L'opération fut jugée indispensable et pratiquée, le dimanche 28 août, au matin. La tumeur occupait la partie inférieure de la paroi abdominale, et paraissait, au premier abord, répondre au canal inguinal plutôt qu'au canal crural. Elle était égale en volume à une petite noix, rénitente, et donnant à la percussion un son gazeux.

« Une incision transversale de 10 centimètres, faite parallèlement au ligament de Fallope, mais un peu au-dessus de lui, mit immédiatement à découvert les enveloppes propres de la tumeur. Après l'incision d'un feuillet fibreux assez dense, qui formait la première couche, on aperçut une enveloppe brune à laquelle cette couche fibreuse était en grande partie adhérente. Etait-ce là l'intestin? On pouvait le soupçonner à la couleur brun-marron de cette surface; mais ce phénomène pouvait être aussi le résultat d'un épanchement sanguin dans le sac péritonéal. Ce qui nous porta à le croire, c'est que nous n'avions trouvé qu'une seule enveloppe propre, qu'elle était adhérente à celle que nous avions sous les yeux, et que celle-ci ne présentait pas d'une manière nette les caractères d'une portion d'intestin. Une légère ponction explorative fut faite avec la pointe du bistouri; il s'échappa aussitôt un flot de sang coagulé semi-liquide et quelques flocons jaunâtres; enfin l'odeur de matières fécales, qui se fit sentir au moment où la tumeur s'affaissait complétement, ne laissa plus de doute sur sa nature. C'était bien l'intestin que nous venions d'ouvrir dans l'étendue de 3 à 4 millimètres; les matières liquides ne s'échappaient point encore, ce qui démontrait leur interception complète par l'effet de l'étranglement. En cherchant à pénétrer autour du collet de la tumeur avec la sonde cannelée, nous aperçûmes en dehors et en bas plusieurs bosselures du cœcum plongées au milieu du tissu cellulaire de l'aine. Ces portions du cœcum, dépourvues de péritoine, tenaient évidemment à l'anse que nous avions découverte en premier lieu; mais, chose fort remarquable, elles n'étaient point étranglées comme celle-là. Leur coloration rosée, leur souplesse, et l'absence de toute adhérence inflammatoire, prouvaient assez qu'elles n'étaient point soumises à une constriction dangereuse. Ces bosselures formaient deux digitations grosses comme une amande. Cependant le doigt et la sonde cannelée ne trouvaient pas plus de facilité à pénétrer dans l'anneau d'un côté que de l'autre, et comme l'étranglement paraissait très-énergique, nous fîmes porter le débridement sur ces deux points: en dedans, vers le ligament de Gimbernat, qui fut divisé assez profondément; en dehors et en haut, sur le ligament de Fallope, qui fut également divisé dans une assez grande étendue. Cela fait, les matières liquides commencèrent à couler par la perforation intestinale, et formaient un jet délié quand on exerçait une légère pression sur le ventre. L'existence

de cette perforation, l'adhérence de l'intestin blessé à ce que nous devions regarder comme le sac péritonéal, les adhérences celluleuses de la portion dépourvue d'enveloppe séreuse, formaient une série de complications qui rendaient la situation assez difficile. Nous pensâmes un moment à laisser l'intestin à l'extérieur; mais, en l'examinant de près, il nous sembla qu'on pouvait l'isoler et peut-être le réduire. Les adhérences pathologiques et les adhérences celluleuses furent successivement attaquées avec l'instrument tranchant, et bientôt complétement détruites, en sorte que rien ne s'opposait à la rentrée de l'intestin, si ce n'est la perforation dont il était le siége. Cette difficulté n'était pas la plus redoutable à nos yeux : un point de *suture en piqué* devait suffire pour fermer cette petite ouverture, et nous ne devions pas balancer à y recourir. En effet, aussitôt après son application, les matières cessèrent de couler, et l'intestin put être repoussé en totalité. Comme il avait une certaine tendance à s'engager, on fit un léger tamponnement dans la plaie, ce qui aurait encore été nécessaire vu sa forme excavée et l'inflammation suppurative qui devait succéder au contact des matières fécales.

« Après l'opération, affaiblissement extrême. *Potion huileuse à prendre dans la matinée*. Au soir, selles abondantes; les vomissements n'ont pas reparu depuis l'opération. Pouls développé, accéléré, chaleur à la peau. Nuit assez bonne. Au lendemain matin, figure calme, sentiment de bien-être. Un peu de fièvre. Ventre souple.

« Aucun accident ne survint dans les jours suivants; et la malade reprit, au bout de trois ou quatre jours, tous les attributs de l'état de santé. Seulement elle n'allait pas à la selle, et il fallut, vers le cinquième jour, lui donner une nouvelle potion huileuse. Vers cette époque, la suppuration de la plaie prit une odeur caractéristique de matières fécales, sans cependant devenir plus abondante. La couleur devint un peu brune. Vers le huitième ou neuvième jour, un purgatif devint encore nécessaire, à cause de la constipation. Vers le dixième ou douzième jour, on remarquait un léger érythème de la peau environnante, et un certain boursoufflement des chairs, bien que la suppuration fût toujours peu abondante, et sans que son odeur et sa couleur fussent plus sensibles. A partir de cette époque, ces accidents diminuèrent graduellement; et comme les selles étaient toujours un peu paresseuses, une bouteille d'eau de Sedlitz fut donnée en deux fois, deux matins de suite, afin de tenir le tube en état de vacuité le plus possible. Ce moyen ne fut probablement pas sans influence; toujours est-il que l'odeur disparut complétement vers le dix-huitième jour; la suppuration prit un bon aspect, et la plaie commença à marcher rapidement vers la cicatrisation. Elle était, en effet, complètement fermée au vingt-huitième jour. Alors les selles étaient naturelles et l'état général excellent. Il faut remarquer que jamais la maladie n'a ressenti, depuis l'opération, ni nausées ni coliques, rien en un mot qui se rattachât à un obstacle au cours des matières.»

Il reste à examiner les objections que l'on peut faire au procédé. M. Gély s'en pose deux capitales :

1° En exigeant des piqûres trop multipliées, il accroît le danger de l'inflammation. — M. Gély répond d'abord qu'il n'a besoin que de 5 piqûres pour une plaie de 3 centimètres; de 9 à 10 piqûres pour une circonférence de 6 centimètres; et ensuite que, contrairement aux sutures simples qui portent esssentiellement sur le péritoine, la suture en piqué porte spécialement sur la muqueuse, et diminue ainsi les chances de péritonite et d'épanchement.

2° Il expose à une coarctation de l'intestin. — Cette objection s'applique à la plupart des procédés d'entéroraphie, et notamment a tous ceux qui ont pour objet l'adossement des séreuses. Mais avant de s'en effrayer il faut en apprécier la valeur. M. Gély a tenté à cet effet neuf expériences sur des chiens; nous allons en exposer les résultats, en changeant un peu l'ordre qu'il a suivi, et étudiant les plaies les plus légères d'abord, pour arriver ensuite aux plus compliquées.

1° (Chien n° 6). — *Plaie longitudinale; perte de substance elliptique; résultats au 21e jour*.—Sur un épagneul de grande taille, on fit sur un point une incision longitudinale de 4 centimètres, sur un autre point une perte de substance au bord libre de l'intestin, elliptique, de 3 centimètres en long sur 2 en travers, comprenant les deux tiers de la circonférence de l'intestin. Réunion de la plaie par la suture en piqué; la perte de substance est réparée par l'inflexion de l'anse blessée et une suture pareille. La plaie extérieure, comme dans toutes les expériences suivantes, fut fermée à l'aide de la suture en surjet. Dès le 6e jour, l'animal montrait beaucoup de vivacité et un grand appétit; on le tua le 21e.

La plaie longitudinale fut trouvée dans la concavité d'une anse intestinale, en sorte que la réunion s'était faite avec une sorte de froncement. Le bourrelet intérieur est saillant, concave et ferme. Le canal admet une sonde de femme. Nulle adhérence extérieure à la cicatrice, qui est parfaitement plane et régulière.

Pour la perte de substance, la concavité

d'une anse intestinale est venue se loger dans le sinus formé par la partie blessée, et y adhérait comme pour solidifier la cicatrice. Sur l'un des côtés le mésentère adhérait à la partie blessée; elle était libre de l'autre. Renflement et fermeture de l'intestin dans ce point. Valvule intérieure semi-lunaire très-épaisse et très-ferme. Le calibre du tube est cependant susceptible d'admettre une sonde de femme.

2° (Chien n° 3).—*Plaies longitudinales et transversales; deux pertes de substance abouchées l'une avec l'autre; résultats au 19e jour.*—Sur un chien un peu au-dessus de la taille moyenne, on fit successivement: 1° une plaie longitudinale de 4 centimètres; 2° une plaie transversale de 2 centimètres; 3° une perte de substance au bord libre, arrondie, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et une autre semblable à une distance de 15 centimètres. Ces deux ouvertures furent mises en regard de leurs bords adossés par la même suture, formant ainsi un cercle complet alentour. Guérison complète au 7e jour. On tua l'animal le 19e.

La plaie longitudinale, un peu oblique, offrait à l'intérieur un bourrelet valvulaire; à l'extérieur des adhérences avec deux portions d'intestin à quelque distance de la plaie, et avec l'épiploon sur la plaie elle-même.

La plaie transversale, adhérente à l'extérieur à une anse voisine et à l'épiploon, offrait de même à l'intérieur un bourrelet valvulaire saillant et gonflé, ayant encore à sa base quelques-uns des fils qui avaient servi à faire la suture.

Quand aux deux ouvertures, elles étaient réunies de manière à constituer une large fistule intestinale, admettant le bout du petit doigt; quelques-uns des points de suture étaient encore en place. L'anse comprise entre les deux ouvertures était un peu rétrécie. L'épiploon adhérait à l'extérieur dans le sillon des deux anses adossées.

3° (Chien n° 4).—*Deux pertes de substance abouchées l'une à l'autre; plaie spiroïde; résultats au 60e jour.*—Sur un caniche, on répéta l'expérience de l'adossement de deux pertes de substance, comme dans le cas précédant; plus loin on fit une plaie spiroïde de 4 centimètres. Guérison au 5e jour; mort le 60e.

La fistule intestinale avait sa circonférence parfaitement régulière, fermée par la réunion des muqueuses; les fils étaient encore en place, et disposés circulairement autour de la fistule, sans aucune sorte de gonflement ni de rougeur.

Quand à la plaie spiroïde, au dehors elle offrait une adhérence très-bornée de l'épiploon; au dedans, un bourrelet moins volumineux que chez les chiens tués au 20e jour, mais conservant encore un volume remarquable. Ce bourrelet est perforé à sa base d'un trou qui pourrait admettre une sonde n° 3, et traversé encore par le fil de la suture, dont le reste pend dans l'intestin.

En vue d'éviter ces bourrelets, M. Gély tenta la réunion d'une autre manière; de là les expériences suivantes.

4° (Chien n° 9). — *Plaie longitudinale, adossée par la suture à une portion saine de l'intestin.*—Sur un chien de chasse de grande taille, une plaie longitudinale de 4 centimètres pratiquée sur le bord libre de l'intestin, fut adossée contre un point sain du bord libre intestinal par un procédé spécial, c'est-à-dire en faisant décrire aux fils des X allongés dans l'intérieur des deux bouts d'intestin. L'animal fut guéri le 4e jour, tué le 12e.

A l'extérieur, les anses voisines et l'épiploon adhérant autour du siége de la suture ne permettaient pas de la reconnaître. A l'intérieur, les fils étaient en place; mais, dans un point, les lèvres de la plaie n'ayant pas été suffisamment rapprochées de l'anse saine, il s'était fait là un petit abcès communiquant avec l'intestin, et dû sans doute à la pénétration des matières intestinales. Partout ailleurs les lèvres de la plaie adhéraient au péritoine de l'anse saine, que l'on apercevait au fond de leur intervalle.

5° (Chien n° 8).—*Perte de substance simple; deux plaies longitudinales adossées l'une à l'autre; résultats au 25e jour.*—Sur un petit chien, on fit une perte de substance réunie comme dans le premier cas, et avec le même résultat; nous n'en dirons pas davantage. Mais on fit de plus, à quelque distance l'une de l'autre, deux plaies longitudinales de 2 centimètres, que l'on adossa par la suture en piqué. Guérison le 4e jour; on tua l'animal le 25e.

Les deux plaies adossées sont restées béantes; et il s'est établi une fistule intestinale assez étroite, et hors de proportion avec la longueur des plaies primitives; cette fistule a pris une forme arrondie, et est encore circonscrite par la rangée des fils qui formaient la suture. Une anse voisine adhérait lâchement à l'extérieur.

Jusqu'ici il ne s'est agi que de plaies ou de pertes de substance partielles; les quatre dernières expériences auront pour objet les sections complètes en travers.

6° (Chien n° 2). — *Section en travers; mort au bout de 36 heures.*—Sur une chienne de deux ans, assez grande, mais affaiblie par la misère, on coupa l'intestin en travers, et on réunit par la suture en piqué. Malheureusement, du côté du mésentère, on piqua trop près du bord saignant de l'intestin, de sorte qu'on ne put opérer un renversement

bien complet. L'animal fut pris d'une grande faiblesse et de vomissements abondants, et succomba enfin au bout de 36 heures.

Réunion de la plus grande partie de la plaie, consolidée par des adhérences extérieures avec l'intestin, l'épiploon et le mésentère. Mais là où le renversement a été incomplet, il y a eu infiltration de quelques matières qui n'ont pas été cependant jusque dans le péritoine, mais ont seulement déterminé un petit abcès fistuleux. Le repli valvulaire était très-grand, renversé du côté de l'estomac, et l'intestin était légèrement dilaté au-dessus. M. Gély pense qu'il en est résulté une oblitération momentanée, et explique par là les vomissements. Il faut noter toutefois qu'il y avait dans l'abdomen un épanchement de liquide trouble, avec injection de l'épiploon et du péritoine viscéral.

7° (Chien n° 7).—*Section complète par une coupe oblique; mort le* 6e *jour.*—Sur un épagneul de grande taille, on fit une section complète, mais oblique, de telle sorte que les deux bouts se trouvaient taillés en bec de flûte. Malheureusement on ajouta une plaie longitudinale, et plus loin une perte de substance d'un tiers de la circonférence que l'on adossa à une surface saine comme dans le quatrième cas, mais par la suture en piqué. Les deux anses ainsi réunies s'engagèrent dans la plaie des muscles du ventrè; il se fit une infiltration purulente entre toutes les couches musculaires, et l'animal succomba au commencement du 6e jour.

L'adossement de la perte de substance, malgré ces circonstances défavorables, avait parfaitement réussi. Quant à la section complète, la réunion fort avancée avait manqué dans un point sur le mésentère. La valvule intérieure, un peu moins saillante que dans les autres cas, laissait passer très-facilement une sonde de femme.

8° (Chien n° 5).—*Section complète; guérison; résultats au* 18e *jour.*—Sur une chienne de chasse de grande taille, on fit la section complète, plus une plaie oblique dont nous ne dirons rien. Guérison complète le 6e jour; on tua l'animal le 18e.

A l'endroit de la section complète, renflement et consistance très-ferme de l'intestin; bourrelet valvulaire considérable formant un cylindre d'une longueur de 8 millimètres, qu'on pourrait croire fermé au centre, mais dont le canal central admet facilement une sonde de femme. — L'épiploon et l'intestin formaient par leurs adhérences une sorte de virole extérieure.

9° (Chien n° 1).—*Section complète; résultats au bout de* 5 *mois et demi.* — Sur une chienne de petite taille, âgée de 6 mois, on fit une section complète; le 8e jour elle paraissait entièrement guérie; le 15e elle avait recouvré toute sa vivacité et tout son appétit. On la garda cinq mois et demi, sans que sa santé parut affaiblie; elle mangeait des os sans en être incommodée; elle devint pleine et mit bas heureusement. Enfin on la tua à l'époque déjà dite.

« Le point blessé est facilement reconnaissable au léger sillon circulaire que présente l'intestin grêle dans cet endroit, et à une sorte d'induration du tissu qui forme cet anneau. Cette portion du tube a contracté des adhérences d'ailleurs assez lâches et assez bornées avec une anse voisine et avec l'épiploon. L'intestin ayant été ouvert au-dessus de la cicatrice, on introduisit dans sa cavité une sonde de femme, représentant assez bien les trois quarts du diamètre de cette cavité. Cette sonde franchit sans difficulté l'anneau valvulaire. En examinant ce repli anormal, on remarque qu'il a disparu dans la moitié de la circonférence de l'intestin. Dans l'autre moitié, il représente une espèce de valvule connivente un peu épaisse, mais parfaitement souple. Il faut dire cependant que la portion inférieure du tube parut un peu plus étroite que celle qui était au-dessus du point blessé.»

Il résulte de ces expériences que la réparation, attestée par l'état de la santé générale, a été complète du 4e au 6e jour environ; que les fils se dégagent lentement des tissus, puisqu'ils y tenaient encore au 60e jour; mais qu'ils finissent cependant par être rejetés, puisqu'à 5 mois et demi on n'en a plus trouvé de traces. Quant aux valvules et aux rétrécissements, ils semblent aussi disposés à diminuer à la longue, et peut-être à disparaître; il semble d'ailleurs assez bien démontré qu'ils permettent le libre exercice des fonctions intestinales. La mort de deux chiens peut être rapportée à des circonstances étrangères à l'opération, ou du moins à l'opération régulièrement pratiquée.

(*Journ. de la Sect. de méd. de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure.*)

DE LA TRANSPLANTATION DE LA CORNÉE SUR L'HOMME.

Nous avons dit quelques mots l'année dernière, dans nos comptes rendus de l'Académie des sciences, des essais tentés par divers expérimentateurs pour transplanter la cornée d'un animal à un autre; M. Feldmann, dans le numéro de mai des *Archives*, a publié un mémoire substantiel sur ce sujet. Il paraît que Reisinger proposa le premier en 1824 de traiter le leucoma central incurable, en enlevant la portion malade de la cornée, et y substituant la cornée d'un animal. Il avait fait dès 1818, une expérience qui, di-

sait-il, avait parfaitement réussi. Dieffenbach en 1831, répéta cette expérience à diverses reprises, mais sans succès; et depuis lors se sont succédés dans la même voie Drolshagen, Thomé, Wutzer, Himly, Munk, Muhlbauer, Kœnigshœfer, Hauenstein en Allemagne, Biggers en Angleterre, MM. Plouvier et Desmarres en France, et avec des résultats fort divers. Tantôt, en effet, la réunion échoue et la cornée se mortifie; ou bien la réunion se fait, mais la cornée devient opaque; enfin quelques-uns disent avoir vu la cornée se conserver claire et transparente, ce qui constituerait de véritables succès. Malheureusement, M. Feldmann soumettant tous ces travaux à une sévère critique, a fait voir que les rares succès annoncés étaient plus que douteux; et pour les cas les plus heureux il a déduit de ses propres expériences ces deux conclusions principales :

« *La transparence de la cornée étrangère subsiste dans les premiers jours de l'opération, mais disparaît plus tard. La cornée change de couleur à mesure que la vascularisation se développe dans son tissu; elle finit par devenir plus ou moins opaque.*

« *La cornée réellement transplantée finit par se rapetisser par suite de la résorption de la moitié ou plus de son étendue, et par devenir tantôt aplatie, tantôt bombée.* »

Jusque-là c'étaient donc des expériences curieuses pour les physiologistes, mais qui ne paraissaient pas devoir beaucoup profiter à la chirurgie. Toutefois des opérateurs que nous nous contenterons d'appeler plus pressés que les autres en ont fait l'application sur l'homme; le professeur Wutzer de Bonn et le docteur Kissam de New-Yorck. Nous ignorons à qui appartient la priorité; il faut pourtant reconnaître que M. Wutzer n'a pas jugé à propos de publier lui-même ses opérations; M. Feldmann en a pu donner seulement la note suivante, communiquée par le docteur Rademaker.

« Dans deux cas d'opération kératoplastique sur l'homme, j'ai aidé M. le professeur Wutzer. Les deux individus étaient aveugles par suite de la petite vérole. M. Wutzer se servit pour l'enlèvement de la cornée humaine du staphylôme (*sic*) de Barthel Siebold. Il remplaça la cornée humaine par une cornée de brebis, enlevée à l'animal vivant. La transplantation a réussi dans les deux cas; mais les cornées sont devenues opaques par le haut degré d'inflammation qui suivit l'opération. Ce n'est que dans un de ces cas que l'individu opéré put indiquer plus tard, et au grand jour, les fenêtres et la porte ouvertes; tandis qu'avant l'opération cet individu ne pouvait pas apercevoir même les rayons lumineux les plus forts. »

Nous trouvons l'autre essai du docteur Kissam dans le dernier numéro de l'*Edinb. Med. and Surg. Journal*, qui l'a emprunté lui-même au *New-York Journal of Medicine, March* 1844; nous traduisons littéralement et sans commentaires.

Obs. — « Le sujet de cette observation était un Irlandais, âgé de 35 ans, qui avait un œil absolument perdu, et l'autre affecté d'un staphylôme avec adhérences de l'iris. La transplantation de la cornée était l'unique ressource qui offrît quelque chance de rétablir la vue : l'opération fut résolue et pratiquée dans l'automne de 1838, en présence des docteurs Paul, Roberts, J.-B. Kissam et Pratt. La cornée à transplanter fut prise sur un cochon de 6 mois; mais, pour pouvoir l'obtenir, il fut nécessaire d'enlever d'abord le globe de l'œil en entier. La portion centrale de la cornée, dans une largeur d'environ la moitié de l'ongle du pouce, fut excisée, placée sur le bout d'un bouchon; et l'on passa deux ligatures sur sa circonférence aux deux extrémités de son diamètre.

« On arriva alors au malade lui-même; avec le couteau à cataracte de Beer, on enleva ce qu'il était nécessaire de retrancher de la cornée opaque proéminente; on appliqua la cornée de cochon sur l'ouverture, et on la fixa dans cette position par les deux ligatures placées dans la direction des commissures des paupières. On coupa les ligatures très-près, et on ferma les paupières.

« Vingt-quatre heures après, en entr'ouvrant les paupières, on vit qu'il s'était développé un violent chémosis; mais, douze heures plus tard, il était assez diminué pour permettre de constater l'état de l'œil. La cornée étant trouvée suffisamment adhérente, on enleva les ligatures. Le chémosis était si considérable que le bourrelet formé par la conjonctive servait comme de coussin protecteur pour préserver la cornée transplantée de l'irritation du frottement des paupières; mais, ce qui était encore plus important, il enchâssait la cornée transplantée de manière à l'assujettir en place. Cela contribua peut-être à assurer l'adhésion; car, au lieu de se présenter bord à bord, la cornée transplantée était appliquée par dessus les bords de la cornée malade, de telle sorte que la surface coupée portait sur la surface de la conjonctive.

La vision fut améliorée immédiatement après l'opération; mais comme les humeurs de l'œil étaient elles-mêmes malades, elle demeura toujours imparfaite. La cornée resta transparente durant une quinzaine de jours, après quoi elle devint opaque; et dans l'espace d'un mois elle avait été absorbée. (*It was absorbed*)

Des bandelettes de diachylon pour maintenir les hernies ombilicales et inguinales, *chez les enfants à la mamelle.*

Dans une leçon clinique qui date déjà de quelque temps (*Gazette des hôpitaux*, 4 juillet 1844), M. Trousseau rapportait que, depuis près de deux ans, frappé de la difficulté de contenir les hernies ombilicales chez les très-jeunes sujets par les brayers ordinaires, il avait été conduit à employer une bande de sparadrap de 2 centimètres de large sur 2 à 3 mètres de longueur. On commence par placer sur l'ombilic de l'enfant une compresse graduée de 3 centimètres de long sur 2 de large, et de 5 millimètres d'épaisseur ; puis on entoure le ventre 6 ou 8 fois avec la bande de diachylon, de manière à recouvrir entièrement la compresse graduée. Il ignorait d'ailleurs s'il était le premier qui eût employé ce moyen. Le 24 août, le même journal a publié une lettre du docteur Adrien Sicard, qui réclamait la priorité, en renvoyant à une brochure publiée par lui à Marseille en 1840, sous ce titre : *Nouveau mode de pansement des plaies et blessures.* Sans y attacher plus d'importance qu'il ne convient, nous rappellerons cependant qu'en janvier 1840, dans le cours public que nous faisions alors à l'amphithéâtre des hôpitaux, nous avions traité cette question, et montré, d'après notre expérience, combien les bandelettes de diachylon l'emportaient sur les bandages ordinaires. Nous déclarions alors plus explicitement qu'on n'a jamais fait, même depuis, « *qu'il n'y a pas un bandagiste à Paris qui soit capable de maintenir une hernie ombilicale chez un enfant à la mamelle, et dans la deuxième et troisième année de la vie.* » (1). En conséquence, lorsque l'anneau était quelque peu élargi, nous y appliquions une petite tige d'ivoire supportée par une plaque d'ivoire rembourrée; le tout maintenu *par une longue bandelette de diachylon gommé faisant deux fois et demi le tour du corps.* Quand l'anneau s'était rétréci, ou s'il était naturellement étroit chez les sujets que l'on nous présentait pour la première fois, nous nous contentions *d'une pelote plate, un peu plus rembourrée au centre qu'à la circonférence, et assujettie toujours par la bande de diachylon.*

Depuis cette époque, l'expérience nous a convaincu que la pelote plate suffit toujours, même avec un anneau dilaté; et nous sommes heureux de voir cette pratique confirmée par les honorables praticiens déjà cités, et d'autres que nous citerons dans le cours de cet article.

(1) Voyez *Leçons cliniques sur les hernies*, recueillies par M. Gelez; Paris, 1841, 17e leçon, p. 229 à 233. Ces leçons avaient d'ailleurs été publiées déjà par la *Gazette des hôpitaux* dans le courant de 1840.

En effet, la question d'utilité domine de beaucoup l'autre ; et c'est à ce point de vue que nous allons reprendre les travaux venus à notre connaissance sur ce mode de traitement.

Nous ne connaissons pas l'opuscule de M. A. Sicard; dans sa lettre, il recommande les bandelettes de diachylon non-seulement contre les hernies, mais pour le pansement des plaies et des amputations, en un mot pour remplacer les bandes avec succès dans tous les cas. Nous approuvons fort cette pratique ; dès 1838, nous avions préconisé la bande de diachylon pour les fractures des côtes; et nous en faisons fréquemment usage aussi dans le pansement des parties fracturées, des pieds-bots, et dans divers cas où les bandes ordinaires se relâcheraient trop et où le bandage dextriné ou amidonné apporterait plus d'embarras que d'utilité. Mais, pour revenir aux hernies, voici ce que dit M. Sicard :

« Dans les cas de hernies ombilicales et autres, quand elles ne sont pas d'un grand volume, on prépare une pelote rembourrée que l'on maintient en place par le moyen de deux bandes de diachylon qui font le tour du corps; ce bandage est le seul qui ne puisse pas se déranger. »

Dans un numéro du *Bulletin médical de Bordeaux*, que n'avons pas sous les yeux, mais dont l'*Expérience* du 28 mars dernier a donné une rapide analyse, M. Chabrely recommande aussi les bandelettes de diachylon, soit pour les fractures, soit pour l'exomphale ; et il a pu se convaincre, sur deux enfants atteints de cette sorte de hernie, que des bandes de diachylon appliquées sur un coussinet de linge placé au-devant de l'ombilic, suffisent pour guérir radicalement cette infirmité.

Il avait été dévancé par le docteur De Balestrier, de Saint-Andéol (Ardèche) qui avait communiqué, en octobre 1843, au *Bulletin de Thérapeutique*, quelques observations sur ce sujet. M. de Balestrier convient du reste que *quelques chirurgiens ont eu l'idée d'employer un bandage analogue au sien*; son appareil se compose de la boule de cire de Platner, soutenue principalement par une bande de sparadrap; on en jugera mieux d'après l'observation suivante.

« Obs.—*Hernie ombilicale guérie en un mois.* —Mme Moulin nous apporta, dans le mois de mars 1841, une petite fille âgée de sept mois, portant une hernie ombilicale de la grosseur d'une noix. La tumeur a paru sans cause connue vers le quatrième mois de la naissance ; elle augmente quand l'enfant pousse des cris; elle est facilement réductible, et l'on sent alors l'ouverture aponévrotique assez grande pour laisser passer l'extrémité de l'indicateur.

« Le bandage suivant fut appliqué. Une demi-sphère de cire, ayant environ deux centimètres de diamètre, fut apposée sur l'ouverture ombilicale; quatre ou cinq rondelles de sparadrap de diachylon, successivement plus grandes les unes que les autres, servirent à la fixer; et le tout fut maintenu au moyen d'une bandelette de sparadrap, faisant trois à quatre fois le tour du ventre. Ce bandage se maintint sans dérangement; et quand nous l'enlevâmes après un mois, la cicatrice ombilicale était tout à fait resserrée, et la petite malade guérie. Nous l'avons vue souvent depuis, et la guérison s'est maintenue. »

M. de Balestrier rapporte un autre cas de succès obtenu sur un enfant d'un an, qui portait une hernie ombilicale du volume d'un œuf de pigeon; le bandage fut laissé en place six semaines, après quoi l'enfant paraissait guéri; mais, pour plus de sûreté, on remit un autre bandage qui demeura appliqué un mois. L'auteur ajoute d'ailleurs qu'il possède bon nombre d'observations semblables.

M. Trousseau renouvelle ordinairement le bandage chaque semaine, et au plus tard tous les dix ou quinze jours. Si la hernie est peu volumineuse, si la santé de l'enfant est bonne, si son accroissement a été rapide, deux applications suffisent quelquefois. Le plus souvent il en faut quatre, et jusqu'à six, surtout si les petits malades sont rétifs. Quelquefois la hernie diminue avec une rapidité vraiment extraordinaire; M. Trousseau a vu des tumeurs qui avaient deux centimètres en tout sens, réduites à un centimètre huit jours après l'application du bandage. Toutefois il ne faut pas en concevoir de trop flatteuses espérances; car la diminution dans les pansements ultérieurs ne suit pas ordinairement la même progression. M. Trousseau ajoute quelques remarques assez importantes sur la composition du diachylon; nous en rendrons compte à l'article *Pharmacologie chirurgicale*.

Pour nous résumer maintenant sur ce sujet, nous dirons d'abord que les deux bandes de M. Sicard, la longue bande de M. de Balestrier faisant trois à quatre fois le tour du ventre, la bande plus longue encore de M. Trousseau, nous paraissent compliquer inutilement l'appareil. Jamais la bande faisant deux fois et demie le tour du corps n'a manqué son effet entre nos mains; il est donc superflu de la prendre plus longue. Mais il convient qu'elle ait une largeur suffisante; et nous lui donnons dans ce sens environ quatre centimètres, et quelquefois plus; de cette manière elle se colle mieux au corps, ne déprime pas tant la peau du ventre, et a moins de tendance à s'enrouler en corde. La boule de cire, les plaques de sparadrap sont absolument inutiles, et une épaisse compresse peut suffire. Cependant cette compresse est sujette à se replier elle-même, soit par les extrémités, soit à son centre, et de là un plissement de la bande de diachylon qui nuit à sa bonne application. Nous préférons donc une petite pelote plate, elliptique, de cinq centimètres de longueur environ, faite sans beaucoup de frais avec un morceau de cuir ou de carton garni d'un côté seulement avec de la ouate, et dont les extrémités dépassent quelque peu en haut et en bas la bande qui la recouvre, de telle sorte que celle-ci demeure toujours étalée par dessus, et ne puisse pas se plier et s'enrouler. L'appareil appliqué, nous le tenons en place un mois ou six semaines, selon l'âge de l'enfant et le volume de la hernie; cela suffit d'ordinaire, sinon l'on procède à une deuxième application.

M. de Balestrier a également appliqué la boule de cire et les bandelettes de diachylon pour les hernies inguinales chez des enfants du premier âge. Un enfant de deux mois a été ainsi guéri en quarante jours; un autre à peu près du même âge en quatre mois. La boule de cire est maintenue sur l'anneau par huit bandelettes de sparadrap de six à sept centimètres de longueur, appliquées les unes verticalement, les autres en travers et se croisant sur le bouchon de cire; le tout fixé par une bandelette de sparadrap roulée en huit de chiffre autour de la cuisse et du bassin. On met par-dessus une bande de toile que l'on change tous les jours, pour maintenir la propreté de l'appareil. C'est un moyen simple et facile à essayer; nous craindrions cependant que le huit de chiffre n'excoriât la peau du pli de l'aine près du scrotum, et il sera bon de se tenir en garde contre un pareil accident.

Obstétrique.

DE LA MANIÈRE DONT LE CORDON OMBILICAL *peut contribuer au développement des vices de conformation du fœtus;* par le docteur SCHREIBER *d'Eschwege.*

La naissance d'enfants qui semblent avoir subi, dans le sein de leur mère, l'amputation d'un membre, n'est pas un fait très-rare. Quoique les occasions de l'observer se fussent assez souvent produites avec des circonstances qui semblaient propres à jeter du jour sur la cause de cette singulière anomalie, le mode suivant lequel elle s'opère a pourtant été longtemps méconnu. On conçoit qu'un arrêt de développement ait pu être invoqué dans

les cas où la portion de membre séparée n'a point été retrouvée entière, ou sous la forme de quelque fragment reconnaissable. Bientôt pourtant, lorsqu'on vit sortir avec le délivre la portion comme amputée du membre, l'explication dont on s'était contenté jusqu'alors se trouva en défaut, et l'on reconnut qu'il est au moins un certain nombre de cas pour lesquels elle est inadmissible. On crut pouvoir alors expliquer le phénomène par une gangrène spontanée, suivie du travail éliminatoire qui sépare le mort du vif. C'est à Montgomery que revient l'honneur de l'explication généralement adoptée aujourd'hui. Ses observations lui ont permis de voir, non pas seulement la séparation achevée, mais encore le commencement et les diverses périodes de ce travail morbide. Il a pû constater qu'une bride étrangle le membre, et en opère graduellement la section. L'habile accoucheur de Dublin a donc cru pouvoir désigner cette striction graduelle jusqu'à séparation complète sous le nom d'*amputation spontanée*. Ses observations ont été ensuite étendues par d'autres, en ce sens au moins qu'on a vu le cordon ombilical agir exactement comme une bride accidentelle, entourer, serrer, étrangler, couper de la même manière l'un des membres du fœtus. Tel n'est pourtant pas toujours l'effet de la constriction opérée par le cordon; et l'observation suivante semble démontrer avec d'autres qu'elle a quelquefois pour unique résultat un arrêt du développement ou un vice de conformation du membre.

« Le 21 août 1841, dit Schreiber, je fis la version chez une jeune juive que j'avais, l'année précédente, accouchée avec le forceps. Les vifs mouvements de l'enfant pendant l'opération ne laissaient pas de doute sur la persistance de la vie, qui s'éteignit pourtant peu de temps après la naissance. Il était en bon état et bien développé; mais ses extrémités inférieures étaient toutes deux mal conformées.

« Il y avait à la fois pied-bot équin et varus. Le tibia et le péroné, courbés par la tension du tendon d'Achille, formaient un angle obtus de 110 à 120 degrés, à gauche vers le milieu, à droite au niveau du tiers inférieur de la jambe. Au sommet de cet angle, à la face antérieure de la jambe, la peau présentait de petites cicatrices arrondies de deux lignes environ de diamètre. Les deux jambes, la droite surtout, offraient un arrêt notable de développement. J'eus d'abord la pensée qu'il y avait eu, à l'endroit de la courbure, fracture avec perforation de la peau par les fragments. Considérant toutefois la similitude parfaite de la déformation des deux côtés, la nécessité que la cause fracturante eût par conséquent agi au même degré sur l'un et l'autre membre, ce qui suppose une violence extrême, quand on songe surtout que cette action aurait dû avoir lieu à travers les membranes, je pensai qu'il y avait eu courbure et non fracture des os, ce que confirmait d'ailleurs l'état du tissu osseux. Mais cette courbure pouvait-elle être le résultat de la tension et de la rétraction toujours croissante des tendons d'Achille? En admettant que la rétraction eût pu produire de tels effets, il resterait encore à expliquer les cicatrices observées, qui ne peuvent résulter que d'une pression, d'une constriction, d'un frottement. Or, il n'y a que le cordon ombilical qui ait pu agir de cette manière, qui ait pu, entourant les deux jambes à une époque peu avancée de la vie fœtale, déterminer un arrêt de développement dans les parties situées au-dessous de la compression. Cette manière de voir serait d'ailleurs confirmée par des observations de Montgomery lui-même, de Siebold et d'autres. En même temps qu'il y avait arrêt dans la croissance des parties inférieures à la ligature, les parties situées au-dessus devaient se développer d'autant plus, et cette prédominance devait avoir pour résultat l'extension forcée et la déformation; puis, à mesure que la courbure s'opérait, une pression de plus en plus forte sur l'angle osseux et enfin une plaie. La cicatrisation ne se sera opérée sans section que parce que, à une époque plus avancée, les mouvements plus étendus et plus fréquents du fœtus auront sans doute dégagé ses membres de l'étreinte, qui, prolongée, aurait fini par en séparer complétement une portion. » — *Neue Zeitschr. f. Geb.* XV; 1844.

On trouvera peut-être un peu forcée l'explication de Schreiber. Qu'on considère pourtant qu'il n'y est arrivé que par analogie et par voie d'exclusion. S'il reste du doute sur la véritable manière d'interpréter ce fait, on conviendra toutefois qu'il mérite de fixer l'attention des hommes qui s'occupent à la fois d'obstétrique et de tératologie, ne fût-ce que sous le rapport des altérations remarquables que présentaient les membres du fœtus.

Pharmacologie chirurgicale.

QUELQUES REMARQUES SUR LE SPARADRAP COMMUN; *par* M. TROUSSEAU.

M. Trousseau, soit pour l'appareil contre l'exomphale (voir ci-devant à la *Revue critique*), soit pour le bandage du sein, a recours habituellement à de longues bandes de diachylon ayant au moins deux mètres. Les pharmaciens, en ville, donnent rarement plus d'un

mètre de longueur à leur sparadrap; c'est une habitude qui peut avoir des inconvénients et qu'il serait bon de corriger.

Mais, ce qui importe davantage, tous les praticiens ont pu remarquer que le diachylon des pharmaciens est habituellement très-brillant, très-collant, très-mou, ce qui peut être une qualité quand on n'en applique qu'un petit morceau, mais ce qui est un défaut capital quand on s'en sert sous forme de bande; en effet, la matière emplastique trop molle, se ramollit encore au contact de la peau; la bande glisse, et l'appareil manque de solidité. En outre, comme la térébenthine est en excès dans ce diachylon, il est plus sujet à irriter la peau, et à déterminer, dans certains cas, des exzémas ou des érysipèles.

Le meilleur sparadrap est celui des hôpitaux; mais comme il ne paraît ni si beau ni si collant que l'autre, les pharmaciens préfèrent celui-ci pour satisfaire le goût de leurs clients.

Toutefois, même dans les hôpitaux de Paris, on a introduit dans la préparation du diachylon gommé une modification contre laquelle M. Trousseau ne cesse de s'élever. Pendant l'été, le diachylon est rigoureusement fait selon la formule; il se roule facilement et n'a pas trop de mollesse; mais, pendant l'hiver, pour empêcher que le froid ne durcisse la matière emplastique qui se gerce, se fendille, et s'enlève quelquefois quand on roule les bandes, on y ajoute de l'huile et de la térébenthine, ce qui le rapproche de celui des pharmaciens de la ville, et lui en communique tous les inconvénients.

Ici les pharmaciens des hôpitaux ont accordé trop d'attention à la beauté de la préparation, et trop peu à son utilité réelle. Dans l'officine, le sparadrap leur paraît trop cassant; ils n'ont pas songé qu'il doit être fait, non pas en vue de la température atmosphérique, mais bien de la température de la peau sur laquelle il doit être appliqué, et qui varie peu dans l'une et l'autre saison. Aussi, qu'arrive-t-il? Pendant l'été, les chirurgiens des hôpitaux ne se plaignent jamais du diachylon; pendant l'hiver, ils ne sauraient en construire un appareil solide. Il est impossible de faire un bandage ombilical ou un bandage du sein, qui reste appliqué huit ou dix jours sans se déranger, avec du diachylon trop mou. M. Trousseau insiste avec raison sur ce point, qui révélera aux praticiens la cause de dérangements dans les appareils dont ils ont pu avoir à se plaindre, sans peut-être en avoir trouvé l'explication.

(Voyez une *note sur le sparadrap commun*, par M. Bouchardat, tome 1er de ce journal, page 29.)

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATIONS DE FRACTURES INCOMPLÈTES DES OS LONGS; *par* M. MALGAIGNE.

Dans les numéros de janvier et février des *Archives générales de Médecine*, M. Thore a publié un intéressant mémoire *sur la courbure accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfants*. Il en avait réuni une dizaine de cas publiés, à partir de 1767, par Martin, Chevallier, Thierry, Villiaume, Murat, Wilson, Campaignac, Fleury, Gulliver, Otto et Mondière, sans parler des faits plus nombreux allégués par Jurine; et lui-même avait ajouté à cette liste trois observations par lui recueillies et une autre due à M. Voillemier; de telle manière que cette sorte de fracture, omise dans la plupart des traités de chirurgie, devait être regardée comme bien moins rare qu'on ne le croirait au premier abord. Malgré les consciencieuses recherches de M. Thore, bon nombre de faits semblables lui avaient encore échappé; ainsi, en 1673, Glaser avait vérifié, par la dissection, une fracture incomplète du fémur chez un enfant de 12 ans; A. Bonn en avait montré un autre exemple chez un adulte; Camper avait trouvé une lésion analogue sur un tibia; et, plus récemment, Hart, Johnson, Champion, Pourché, et M. J. Cloquet en ont aussi rapporté des exemples. Il y a véritablement lieu de s'étonner, après tout cela, que cette fracture soit si mal connue. Le *Compte rendu des travaux de la Société de Médecine de Dijon* en rapportait récemment deux observations dues à M. Laurent, officier de santé à St-Jean-de-Losne; et le rédacteur de ce compte rendu paraît si surpris de ces faits qu'il a jugé nécessaire de les accompagner d'une espèce de certificat attestant la véracité de l'observateur. Enfin le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique* contient trois faits nouveaux rencontrés par M. Galyay, médecin à Tarbes, qui confesse de bonne foi ne s'être pas douté qu'il y eût fracture, et qui, maintenant même, ne le croit pas encore; il aime mieux supposer une courbure simple.

Disons d'abord que cette hypothèse d'une courbure simple et permanente, brusquement produite par une violence extérieure, bien que trouvant à s'appuyer sur quelques rares expériences faites sur des animaux, n'a jamais été vérifiée chez l'homme; tandis que la réalité des fractures incomplètes, dans les cas de

ce genre, a été mise plus d'une fois hors de doute par l'autopsie. Si nous recherchons maintenant dans quelles conditions on les a rencontrées, d'abord le jeune âge y est manifestement prédisposé. M. Thore estime qu'on ne les observe guères que jusqu'à l'âge de 12 ans environ. Dans un travail sur cette matière qui fera partie de mon *Traité des fractures et des luxations*, sur 14 sujets dont l'âge a été noté, j'en avais trouvé un de 10 mois, un de 3 ans; tous les autres compris entre 5 et 13 ans. Mais les faits de Camper, de Bonn et de M. J. Cloquet, quelques-uns de ceux de Jurine, semblent bien se rapporter à des adultes; et j'ai produit des fractures incomplètes sans nombre sur des cadavres de tous les âges, même sur des vieillards plus que septuagénaires. En examinant, sous ce rapport, les faits nouveaux apportés par MM. Thore, Laurent et Galyay, et celles de Martin, Villiaume, Murat et Mondière, qui m'avaient échappé, on trouve, outre une *petite fille* sans âge désigné,

1 enfant de 2 ans.
1 — de 3
1 — de 4 1/2
10 — de 5 à 10 ans.

J'en rapporterai plus bas un exemple sur un garçon de 15 ans.

De mes premières recherches, j'avais conclu que les filles n'y étaient pas plus sujettes que les garçons; mais, sur ces 14 faits, je ne trouve que 3 filles, ce qui donne au sexe masculin une prédominance considérable.

C'est à l'avant-bras que cette fracture se montre le plus souvent. Sur les 14 cas en question, l'avant-bras était affecté 12 fois, l'humérus une fois; la dernière fracture occupait la jambe. Il n'y a quelquefois qu'un des os de l'avant-bras de cassé; mais il est facile de croire à la fracture des deux, comme je m'en suis assuré, et les observateurs ont rarement songé à ce diagnostic différentiel.

C'est une question de savoir de quel côté la courbure a lieu le plus souvent à l'avant-bras. Thierry veut que la concavité soit toujours à la face postérieure, Jurine dit que la courbure est *toujours en dehors*, ce qui laisse quelque doute sur le sens réel; M. Thore pense que, le plus souvent, la concavité est en avant. Il y a sur ce point lacune ou obscurité dans la plupart des observations connues; pour mon compte, j'ai vu l'une et l'autre courbure; mais je n'oserais rien affirmer sur leur fréquence comparative.

Le traitement consiste à presser sur l'angle saillant jusqu'à ce que les os aient repris leur rectitude naturelle. Quelquefois cela se fait aisément et sans bruit; dans d'autres cas, on peut bien diminuer, mais non détruire absolument la courbure; alors, ou bien un appareil à attelles exerçant une compression permanente achève la réduction; ou bien on a recours à une plus grande force, et on opère la réduction, mais en complétant la fracture; ce qui n'ôte rien à la bénignité du pronostic.

On a pu lever l'appareil au bout de 12 jours sans inconvénient; Mondière dit même que l'appareil fut enlevé, par les parents de son jeune malade, dès le quatrième jour, et, bien que l'enfant eût 10 ans, il ne survint aucun accident. M. Laurent a laissé son petit garçon de 6 ans sans appareil dès le troisième jour, et avec le même succès. M. Thore rapporte un fait analogue. Cependant cette conduite ne nous paraît nullement prudente, et il sera toujours sage de garder au moins 12 à 15 jours un appareil.

Chose curieuse, cette fracture est sujette à récidive. Jurine l'avait vue deux fois sur le même sujet et à la même place; M. Thore rapporte un cas semblable; M. Laurent a même eu à traiter, chez sa petite fille, une double rédicive.

Après cette rapide analyse, je passe au récit des faits qui me sont propres. J'ai observé le premier lorsque j'étais chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Obs. I.—*Fracture incomplète du radius, douteuse du cubitus, avec courbure à concavité postérieure.*

Angélina Eydt, âgée de 8 ans, forte et bien proportionnée, courait dans une des cours de Bicêtre, lorsqu'un obstacle l'ayant fait trébucher, elle fut lancée contre une porte, la main droite en avant, mais fléchie, en sorte qu'elle heurta la porte par le dos de la main. Par suite du même choc, elle perdit l'équilibre et tomba par terre, toujours sur la même main; chose singulière, elle n'éprouva aucune douleur, en sorte qu'il fut impossible de déterminer à quel instant avait eu lieu la courbure. Mais, quand elle se releva, l'avant-bras était ployé en arrière, vers sa partie moyenne, et presque à angle droit. M. Verjus, mon interne, appelé aussitôt, crut avoir affaire à une fracture des deux os et se mit en devoir de la réduire; il ramena bien l'avant-bras à un angle de 160° environ, mais pas plus loin; ou du moins quand la pression avait rendu au membre sa direction rectiligne, il reprenait aussitôt cette courbure. Il faut ajouter qu'en commençant la réduction, on avait entendu un mouvement de crépitation, mais unique, et qui ne s'était pas reproduit.

Je vis la malade le lendemain matin : l'angle de 160° persistait; il n'y avait ni mobilité, ni saillie de fragments, ni crépitation; on pouvait même imprimer à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination. Pas de douleur, hors quand on pressait sur l'angle de la courbure. Pendant trois jours

les choses restèrent en cet état; enfin le quatrième, la douleur ayant disparu, je voulus obtenir la réduction complète, et j'y parvins en effet pour le radius; mais aussitôt je m'aperçus qu'il offrait une flexibilité en tous sens au niveau de l'angle effacé, indice assuré d'une fracture complète. Le cubitus était aussi solide qu'auparavant. J'appliquai un appareil à deux attelles : la guérison était complète en vingt jours.

Cette solidité du cubitus, la direction rectiligne que je lui trouvai lorsque tous mes efforts de réduction avaient porté sur le radius, me firent douter s'il avait été réellement fracturé. En admettant que la courbure ait été jusqu'à l'angle droit, la fracture du cubitus est extrêmement probable; mais, ainsi que je l'ai déjà dit, je me suis assuré, par des expériences sur le cadavre, que la flexion en arrière du radius seul simule à merveille celle de l'avant-bras tout entier; et j'appelle sur ce point l'attention des observateurs.

Le deuxième cas est plus récent et s'est présenté à moi à l'hôpital Saint-Antoine.

Obs. II. — *Fracture incomplète des deux os de l'avant-bras, avec courbure à concavité antérieure.*

Le 24 décembre 1845, le nommé Juguerre (Théophile), âgé de 15 ans, étant monté, pour la graisser, sur une mécanique à scierie, eut la manche gauche de sa blouse prise par l'arbre, et fit une quinzaine de tours autour de l'arbre, sans rencontrer heureusement aucune autre pièce, jusqu'à ce qu'on arrêtât la machine. Il ne peut pas donner de détails plus précis.

Entré le même jour à l'hôpital St-Antoine, il présente des éraflures à la partie antérieure et externe du moignon de l'épaule, sur les deux tiers supérieurs de la face externe du bras; plus une petite éraflure au milieu de la face dorsale de l'avant-bras, vis-à-vis le radius; et un peu plus bas, vis-à-vis le cubitus, une ecchymose livide, avec enfoncement de la peau, ressemblant parfaitement au retrait d'une cicatrice adhérente aux os : enfin, au milieu du bras, un gonflement très-douloureux, et une fracture sans déplacement ni crépitation, mais facilement reconnaissable à la flexibilité, en divers sens, et principalement en dedans et en dehors.

L'avant-bras est plié sur la face palmaire, les deux os formant, vers le milieu de la face dorsale, un angle saillant fort obtus, et d'environ 160 degrés. Le pli cicatriforme de la peau semble être déterminé par le bout supérieur du cubitus, qui aurait entraîné un pli de la peau en bas.

Il y avait là une fracture dentelée complète de l'humérus, et une fracture incomplète des deux os de l'avant-bras; je dis les deux os, parce que je m'étais bien assuré que le cubitus faisait un angle aussi bien que le radius.

Ce diagnostic établi, je procédai d'abord à l'application de l'appareil pour l'humérus. En écartant le coude du tronc, la douleur fit que le malade se rejeta fortement à droite, et l'on entendit un bruit de crépitation distincte dans la fracture du bras; et il y eut un léger déplacement des fragments qui fut réduit avec une grande facilité.

L'appareil étant placé autour de l'humérus, je procédai à la réduction de l'avant-bras, par traction directe d'abord, afin de dégager le pli de peau accroché par le cubitus; puis, ceci obtenu, en exerçant une forte pression sur le radius. Un premier craquement, obtenu sans effort, me fit soupçonner un instant que la fracture était complète; mais je fus bientôt détrompé par la résistance qu'offre encore le radius au redressement; j'accrus donc la pression par degrés, jusqu'à ce que tout à coup nous entendîmes un craquement éclatant, annonçant que les dernières fibres de l'os venaient de se rompre. En effet, la fracture s'était complétée, et l'os dès ce moment se redressa sans effort. Le cubitus résista moins d'abord, et se redressa presque complétement; mais, à la fin, il opposa une résistance si forte que, pour éviter sa rupture complète, je jugeai à propos de m'en remettre à l'appareil du soin du redressement complet. J'appliquai en conséquence, à la face palmaire, une attelle dont les extrémités étaient tenues plus élevées que le centre, par des compresses accumulées en haut et en bas; à la face dorsale au contraire, une attelle qui pressait directement sur la saillie du cubitus, à l'aide d'une compresse épaisse disposée sur ce point. Le malade ressentit d'abord d'assez vives douleurs à l'endroit de la fracture de l'avant-bras; mais, le troisième jour, toute douleur avait disparu. La consolidation marcha dès lors sans accidents; et, au bout de cinq semaines environ, les deux appareils enlevés montrèrent une consolidation régulière des deux fractures, et le cubitus revenu à sa direction normale.

Il y a quelques semaines, un nouvel exemple de courbure des os de l'avant-bras s'est présenté au traitement externe de l'hôpital Saint-Antoine; la réduction a été opérée par mon interne, M. Mayor; mais, comme je ne l'ai point observée, je ne saurais donner plus de détails.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ANALYTIQUE DE LA DIGESTION, *considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux vertébrés*, par M. BLONDLOT, *professeur-adjoint de chimie à l'École de médecine de Nancy*, etc. (1).

Après les travaux de MM. Leuret et Lassaigne, et de Tiedmann et Gmelin sur la digestion, après les recherches plus récentes encore d'Eberle, Schwann, de MM. Sandras et Bouchardat, etc., n'aurait-on pas pu penser que la question était épuisée au moins pour quelque temps? Mais il en va ainsi dans les sciences humaines, que plus on creuse avant et plus on découvre de nouveaux filons, et que ce que nous apprenons de nouveau ne sert pas tant à compléter nos connaissances qu'à nous mieux avertir de tout ce que nous ignorons encore. Ainsi, dans l'examen scrupuleux qu'il a fait des découvertes de ses devanciers, M. Blondlot a surtout été frappé du peu de rigueur de leurs procédés, du vague de leurs démonstrations, de leurs contradictions si fréquentes; il a donc entrepris cette tache pénible de vérifier tout ce qu'ils avaient annoncé, de mettre chaque assertion en regard de sa preuve, de poursuivre les expériences laissées incomplètes, de refaire celles qui péchaient par trop de négligence, en un mot, de reprendre toute l'histoire de digestion par la base, et de la réédifier pierre à pierre jusqu'à son couronnement. Il a revu l'anatomie, il a refait les analyses chimiques, mais surtout il a répété et varié les expériences de manière à obtenir des résultats plus complets et plus exacts à la fois.

Il y a lieu de s'étonner qu'à l'époque où nous sommes arrivés, pour étudier l'action de l'estomac dans la digestion, on ait négligé précisément le moyen le moyen le plus naturel de tous, l'inspection directe de ce viscère. Un chirurgien des États-Unis, le docteur Beaumont, avait eu cependant le rare avantage de sauver et de conserver durant longtemps près de lui un jeune homme qui, atteint d'un coup de fusil presque à bout portant dans le flanc gauche, en avait conservé une plaie fistuleuse aboutissant à l'estomac. Beaumont avait senti tout le prix d'un cas de ce genre; il avait poursuivi une série d'expériences qui laissaient de bien loin en arrière, pour leur importance, toutes celles de nos physiologistes; mais à peine seulement s'ils y avaient pris garde; et personne n'avait songé à les répéter sur les animaux.

M. Blondlot a donc eu le premier l'idée si simple et si lumineuse de pratiquer sur des chiens des fistules stomacales artificielles; par là il se mettait en possession d'un moyen de recherches inférieur sans doute à certains égards à celui de Beaumont, puisque après tout il y a bien quelque différence entre l'estomac du chien et celui de l'homme; mais supérieur peut-être en un autre point, parce que l'on n'oserait tenter sur l'homme tout ce que l'on peut expérimenter sur le chien.

Il nous serait difficile d'exposer ici toutes les expériences faites par l'auteur; nous donnons seulement quelques-unes de ses conclusions les plus directes.

La mastication et l'insalivation, outre leurs effets mécaniques, paraissent avoir pour résultat de disposer sympathiquement l'estomac à une plus grande sécrétion de suc gastrique. Des aliments même mâchés au préalable, introduits par la fistule stomacale, déterminent une bien moindre sécrétion que mâchés et avalés par l'animal lui-même.

Chez divers animaux, la mastication ou trituration est précédée d'une macération préalable dans l'œsophage. C'est à quoi sont destinés le jabot chez les gallinacés, la panse, le bonnet et le feuillet chez les ruminants. Ainsi ces trois poches appartiennent à l'œsophage; et les ruminants n'ont qu'un seul estomac comme les autres animaux.

L'estomac vide ne sécrète que du mucus. Au contraire dès qu'il a reçu des aliments, sa muqueuse rougit, se gonfle, et sécrète en abondance le suc gastrique. Ce suc est toujours acide, et son acidité est due à du phosphate acide de chaux. Toutefois, ce n'est pas par son acidité qu'il agit, comme on verra par ce qui va suivre.

Le suc gastrique agit diversement sur les aliments de diverse nature. D'abord il n'a aucune action sur les substances dont le ligneux et le mucus forment la base.—Il dissout, sans les altérer, le sucre, la gomme, etc. —Il ramollit et réduit en pâte la fibrine, l'albumine, le gluten, et y développe l'affinité de composition; ici ce n'est plus une dissolution, mais une action *sui generis*.—Il réduit en poudre la matière calcaire des os sans la dissoudre, ni la décomposer aucunement; influence étrange, et qu'il n'exerce sur aucune autre substance inorganique.—Si on l'expose à une température de 40 à 50° centigrades, il perd irrévocablement ses propriétés chymifiantes bien qu'il soit aussi acide qu'auparavant, sans que par l'examen chimique ou microscopique, on puisse découvrir la cause de cette altération, ni distinguer le suc ainsi

(1) Un vol. in-8° de 470 pages.—1843.—Chez Graimblot, Raybois et Cie, libraires à Nancy, place Stanislas, 7.

altéré d'un autre qui ne le serait pas. Il résiste mieux à la réfrigération, et on peut le faire geler, puis dégeler lentement à une chaleur douce, sans qu'il ait perdu aucune de ses propriétés. Enfin, soustrait au contact de l'air, il se conserve sans altération pendant des années entières; M. Blondlot en a gardé deux ans qui était aussi actif après ce temps.

La bile et le liquide pancréatique ne sont que des produits excrémentitiels.

Les matières arrivées dans le cœcum redeviennent acides quand elles renferment encore quelques traces de principe sucré; mais par une véritable fermentation, et non par une sécrétion acide de cet intestin.

C'est avec un véritable plaisir que nous voyons sortir de nos écoles de province des travaux aussi remarquables, et nous ne manquerons jamais à les signaler à l'attention de nos lecteurs. C'est par là, bien plutôt que par de stériles récriminations, que la province résistera à l'envahissement centralisateur qu'elle reproche tant à Paris, et qu'elle échappera à son tour à l'inculpation trop souvent méritée d'immobilité et d'inertie. Lyon, Bordeaux, Nantes, Toulouse, Marseille, etc., ont déjà commencé à se mêler activement au mouvement scientifique; Nancy paraît ne pas vouloir rester plus longtemps en arrière; et déja nous avons reçu un *compte rendu* d'une Société de médecine récemment instituée par les professeurs de cette École. Notre sympathie leur est tout acquise; et nous prendrons soin de donner une juste publicité à tous ceux de leurs travaux qui rentreront dans la ligne de notre Journal.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences. — 26 *août*. — *M. Baudelocque* adresse deux observations d'imperforations du rectum opérées et guéries.

Dans le premier de ces cas, il y avait imperforation du rectum avec continuité du côlon descendant; dans le second cas, au contraire, imperforation du rectum sans continuité ni contiguïté du côlon descendant. Dans le premier cas, il conduisit sur la face palmaire du petit doigt de la main gauche l'extrémité mousse d'une sonde, dont il avait eu le soin de placer auparavant le dard tout près de cette extrémité. Quand le bec de la sonde fut arrivé à la membrane qui touchait le rectum, et qui lui faisait former une sorte de dé, il poussa le dard avec le pouce de la main droite, de sorte qu'il put traverser de plusieurs millimètres la membrane obturatrice, puis il retira la sonde; aussitôt l'enfant poussa le méconium au dehors, et des vents en quantité.

Dans le second cas, M. Baudelocque employa le procédé de Callisen, ou entérotomie lombaire.

M. Barkow, professeur allemand, envoie la description d'un ganglion nouveau, trouvé par lui chez l'homme; il l'appelle *ganglion arythénoïdien*. Le nerf laryngé inférieur envoie de la partie latérale inférieure du cartilage cricoïde un filet qui, d'après M. Blandin, monte entre la face antérieure du cartilage cricoïde et le muscle crico-arythénoïdien postérieur, en se dirigeant en arrière et en haut, qui passe ensuite au-dessus de la marge supérieure du cartilage cricoïde, et entre dans les intervalles des fibres du muscle arythénoïde. A cet endroit, le nerf de chaque côté se gonfle pour former un ganglion de la grandeur à peine d'une ligne, et d'une forme plus ou moins arrondie ou oblongue.

Académie de médecine. — 20 *août*. = M. Ségalas lit un mémoire *sur l'influence des lésions de la moelle épinière sur la sécrétion urinaire*. Cette lecture, et la discussion qui a suivi, ont occupé encore les deux séances suivantes. Nous y reviendrons quand le mémoire aura été publié.

—La lumière se fait de toutes parts; et la science et la vérité, pour avoir attendu une juste réparation, l'auront du moins bien complète. Le conseil général de la Seine, appelé à voter le budget des hôpitaux, y a trouvé un article de 14,000 francs destinés au service orthopédique des hôpitaux de Paris. D'un trait de plume et sans contradiction, il a rayé *dix mille francs*.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

OCTOBRE 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la cataracte pigmenteuse ou uvéenne, *et de son diagnostic différentiel ;* par le docteur **DESMARRES.**

On a nommé cataracte pigmenteuse ou uvéenne, une opacité brune, noirâtre, ou tout à fait noire, formée par du pigmentum uvéen placé dans la pupille sur des dépôts fibro-albumineux recouvrant la capsule en tout ou partie ou remplaçant cette membrane lorsqu'elle a été détruite. Cette cataracte est quelquefois microscopique, quelquefois étendue à toute la surface pupillaire ; elle simule grossièrement, dans ce dernier cas, d'autres maladies qui n'ont avec elle que ce seul rapport de la coloration noire de la pupille, comme l'amaurose ou la cataracte noire. Tantôt les cataractes pigmenteuses, et c'est là le cas le plus fréquent, adhèrent par un ou plusieurs points à l'iris, tantôt au contraire elles sont isolées au centre de la capsule, et l'iris est complétement libre. Elles présentent en général des variétés de formes telles que leur description, sous ce rapport, ne me paraît pas rigoureusement possible, à moins qu'on ne lui vienne en aide par l'étude de l'étiologie et du diagnostic différentiel. Cette maladie, au reste, n'est pas rare ; je l'ai observée un grand nombre de fois ; et dans un cas que bon nombre de médecins réunis à ma clinique considéraient, les uns (et c'était le plus grand nombre) comme une amaurose, les autres comme une cataracte noire, et qui n'était, en réalité,

qu'une cataracte pigmenteuse, j'ai pratiqué l'opération, et le succès immédiat, des plus complets, a pleinement justifié mon diagnostic. Voici d'abord cette observation.

Obs.—*Cataracte pigmenteuse consécutive à un iritis survenu après une opération de cataracte, et prise pour une amaurose pendant plus d'une année.—Opération par scléroticonyxis.—Vision rétablie immédiatement et conservée pendant un mois. Après ce temps nouvelle iritis, oblitération de la pupille.—Opération de pupille artificielle par décollement.—Insuccès.*

M. X..., 66 ans, marchand boucher, rue d'Orléans, 50, au Petit-Montrouge, a été opéré de cataracte des deux yeux il y a plus d'un an. Lorsqu'il se présenta à ma clinique, l'œil gauche était atrophié; le droit offrait les symptômes suivants:

La conjonctive, la cornée et la sclérotique ne présentent aucune trace d'injection; la chambre antérieure a ses dimensions normales; la pupille est un peu ovalaire de haut en bas, large dans cette direction d'environ 3 à 4 millimètres, et un peu moins dans son diamètre transversal. Elle semble au premier aspect parfaitement noire. Le malade a conservé une conscience exquise du jour et de la direction de la lumière; il ne voit ni mouches, ni soleils, ni éclairs; il aperçoit assez bien au loin le soir les lanternes des voitures qui marchent sur la grande route, mais de près il ne peut reconnaître aucun objet, petit ou grand, et ne peut pas se conduire.

Ce malade, examiné par plusieurs médecins, est atteint, selon les uns, d'une amaurose, selon les autres, d'une cataracte noire qu'on aura mal abaissée, etc. Aucun ne reconnaît la véritable cause de la cécité.

Lorsqu'on examine de près l'ouverture pupillaire, on reconnaît qu'elle est frangée sur ses bords, qu'elle est sillonnée dans toutes les directions, mais plus particulièrement de haut en bas, par de nombreux filaments d'une finesse extrême, de couleur noire très-foncée tirant un peu sur le brun. Entre ces filaments et en arrière, on voit plusieurs plaques de même couleur qui en circonscrivent une très-petite, triangulaire, d'un noir beaucoup plus pur, et qui est formée par une lacune à travers laquelle apparaît le fond de l'œil. Pour reconnaître cette lacune, beaucoup de personnes sont obligées de se servir d'une très-forte loupe, et ne parviennent à la découvrir qu'après avoir consulté le dessin de la pupille que j'ai fait sur le tableau. Deux ou trois médecins restant dans le doute, et croyant toujours que la couleur noire de la pupille n'est autre que le fond de l'œil, je fais instiller entre les paupières une forte solution de belladone pendant une heure, et à chaque instant, sans qu'il en résulte aucun changement dans le diamètre de la pupille. Je n'essayai point l'expérience des trois lumières, parce que la capsule et le cristallin n'existaient plus depuis l'opération de cataracte pratiquée.

Huit jours après, le malade ayant été convenablement préparé, je déchire les fausses membranes recouvertes de pigmentum au moyen d'une aiguille introduite par la sclérotique, et leurs débris noirs en avant, blancs à la face postérieure, flottent quelque temps dans la pupille agrandie, puis s'abaissent peu à peu. Le malade reconnaît immédiatement le nombre des doigts, une montre, une petite tasse, et se trouve enfin sous le rapport de la vision dans les conditions d'un cataracté opéré avec succès par abaissement.

Après quelques symptômes inflammatoires insignifiants qui durèrent trois à quatre jours, l'œil reprit peu à peu sa couleur normale, et la vision fit des progrès réels pendant un mois. Mais à cette époque survint un violent iritis qui vint tout compromettre. La pupille s'oblitéra de nouveau, devint d'une étroitesse extrême et se remplit entièrement d'une fausse membrane blanche très-solide. Une pupille artificielle fut pratiquée plus tard par décollement, mais sans succès.

Étiologie.—La cataracte pigmenteuse n'est jamais primitive; elle ne se forme que dans le cours d'une ophthalmie traumatique externe ou non, particulièrement lorsqu'un iritis ayant frappé l'œil, la phlogose se propage à la capsule, ou lorsque de cette dernière l'inflammation gagne l'iris. On la voit encore quelquefois alors qu'il n'y a plus de capsule, comme il arrive assez rarement après l'extraction de la cataracte lenticulaire, lorsque des fausses membranes s'organisent derrière l'iris et glissent dans la pupille, recouvertes du pigmentum uvéen. Comment ces fausses membranes, exsudées sur la capsule le plus souvent, et en rapport avec l'iris, se trouvent-elles en dernière analyse dans le champ pupillaire? C'est la conséquence d'un phénomène pour l'intelligence duquel quelques remarques sont nécessaires. Lorsqu'on injecte l'iris sur le cadavre,

particulièrement l'iris des yeux d'enfants, on voit la membrane se développer dans sa plus grande étendue, et la pupille très-resserrée diminuer en proportion directe de la quantité de liquide qui a pénétré dans les artères iridiennes. Dans les inflammations internes de l'œil, particulièrement dans l'iritis et dans la capsulite aiguës, affections photophobiques au plus haut degré, l'iris gorgé de sang se développe dans les deux sens, de telle sorte que d'avant en arrière il prend une épaisseur plus grande par suite de la turgescence de son parenchyme, et que, d'un autre côté, de même qu'on le voit dans les injections artificielles, il se développe dans toute sa surface, en quelque sorte mécaniquement, par le fait même de la surabondance de liquides que l'inflammation apporte dans ses vaisseaux, et que la pupille se contracte et demeure contractée pendant tout le temps que dure cet état anormal. La capsule de son côté doit nécessairement subir les mêmes lois que l'iris, du moins en ce qui touche le gonflement inflammatoire, puisqu'on y a anatomiquement démontré la présence de vaisseaux, de sorte que ces deux membranes tendent nécessairement à se rapprocher d'autant plus qu'elles sont vascularisées davantage. Enfin, deux autres circonstances viennent encore, avec celles qui précèdent, aider le contact fâcheux de l'iris et de la capsule, et faciliter la formation de la cataracte pigmenteuse ; c'est d'une part la forme de la chambre postérieure elle-même, et de l'autre la vascularisation morbide de l'ensemble du globe et en particulier de la choroïde. Il serait superflu de s'arrêter sur la forme de la chambre postérieure ; tout le monde sait qu'elle est d'autant plus étroite d'avant en arrière qu'on se rapproche davantage de l'axe antéro-postérieur de l'œil, et qu'en conséquence l'iris est dans un rapport plus voisin avec la capsule au centre de la pupille que partout ailleurs. Si donc l'inflammation rapproche la marge pupillaire de cet axe, et c'est un fait que l'observation démontre tous les jours, le diaphragme de l'œil se trouvera en contact presque immédiat avec la cristalloïde.

Quant à la vascularisation morbide de l'ensemble du globe, et en particulier de la choroïde, considérée comme cause de rapprochement entre la capsule et l'iris, rien ne paraît plus aisé à concevoir. La sclérotique, de toutes les membranes oculaires la plus épaisse, la plus résistante et la moins élastique, infiniment moins vasculaire que la choroïde, ne se dilate pas en raison directe de celle-ci pendant l'inflammation de l'une des autres membranes, de sorte que des phénomènes de compression des milieux de l'œil doivent survenir et surviennent en effet, ainsi que l'attestent, dans certains cas graves, les *éclairs* dont se plaignent les malades, de même que dans la compression mécanique ou les coups portés sur l'œil, la *sensation de plénitude* de l'organe, *les douleurs gravatives*, etc. Or, que doit-il résulter entre autres choses de cette résistance de la coque scléroticale, en présence du développement vasculaire plus grand de la choroïde et de quelques autres membranes internes, sinon que le corps vitré en particulier auquel adhèrent en avant le cristallin et sa capsule, pressé de toutes parts, devra s'allonger d'avant en arrière et se rapprocher de l'iris, par ce motif que l'humeur aqueuse présente moins de résistance que le reste des milieux de l'œil ?

Enfin, une dernière circonstance est à noter à l'égard des causes de rapprochement de l'iris et de la capsule chez les individus avancés en âge : c'est que chez eux, et plus particulièrement chez les individus qui ont été habituellement sujets aux congestions cérébro-oculaires, la capacité des chambres de l'œil a notablement diminué, ainsi que l'atteste la convexité de l'iris en avant, phénomène qu'on rencontre aussi dans les congestions chroniques, ou dans les inflammations de la choroïde, sans que pour cela le cristallin ait rien perdu de sa densité normale. Qu'une cause quelconque vienne à déterminer l'inflammation de l'iris ou de la capsule, ou de ces deux membranes à la fois, chez des individus dont l'œil est ainsi disposé, ces deux membranes ne réuniront-elles pas ainsi toutes les conditions nécessaires pour se souder ensemble, s'il y a sécrétion de matière plastique?

Les causes de rapprochement de l'iris et de la capsule étant établies par ce qui précède, il reste à voir comment il se fait que le pigmentum se détache de la face posté-

rieure de l'iris pour venir se placer sur un point de la capsule qui, en dernière analyse, ne se trouve plus très-souvent en rapport direct avec lui. Cette recherche sera d'autant plus intéressante, que c'est à la difficulté d'expliquer le déplacement de cette matière noirâtre qu'est due la divergence des auteurs sur l'étiologie et la nature de cette variété de cataracte.

On a vu plus haut que, pendant son inflammation ou celle de la capsule, l'iris s'étend de telle sorte que la pupille se trouve resserrée en proportion directe de la turgescence vasculaire de cette membrane. Si l'on admet, ce qui arrive si souvent, que, pendant le temps que dure cette diminution du diamètre pupillaire, une sécrétion plastique se développe à la surface antérieure de la capsule, on concevra facilement que l'uvée se soude en plus ou moins grande partie à la face antérieure de cette membrane, comme cela se voit journellement dans les cas d'irido-capsulite, ou comme on l'obtient artificiellement sur les yeux de cadavres conservés dans l'alcool. Si d'un côté la matière sécrétée est très-abondante et très-organisable, et si de l'autre l'inflammation oculaire dure longtemps, l'adhérence entre l'iris et la cristalloïde sera permanente, et on aura une synéchie postérieure plus ou moins complète avec oblitération de la pupille. Mais si, au contraire, la fibro-albumine se trouve en petite quantité et s'organise lentement, et si en même temps l'inflammation iridienne disparaît vite, la turgescence du diaphragme disparaissant rapidement, la pupille tendra à reprendre ses mouvements, et il s'établira une lutte entre la force du retrait de l'iris vers ses attaches ciliaires et la fausse membrane mal organisée encore qui le retient. Il arrivera alors de deux choses l'une : ou la fausse membrane cédera lentement, et il se formera un ou plusieurs filaments fibro-albumineux plus ou moins longs, recouverts à leur face antérieure de pigmentum, et adhérents en avant à l'iris et en arrière à la capsule ; ou la fausse membrane attachée fortement à la capsule enlèvera à l'iris une ou plusieurs plaques pigmenteuses plus ou moins épaisses, plus ou moins larges, et la pupille tout à fait libre reprendra à peu près tous ses mouvements normaux et sa forme circulaire. On aura dans le premier cas une ou plusieurs synéchies (adhérences) postérieures, et dans le second une cataracte pigmenteuse partielle, libre d'adhérence avec l'iris. Maintenant, et comme nous l'avons admis plus haut, supposons qu'une large sécrétion s'établisse sur la capsule, que pendant l'inflammation l'iris baigné à sa face postérieure dans la fibro-albumine perde pendant longtemps ses mouvements, et qu'il en résulte une oblitération permanente de la pupille ; aussitôt après que le gonflement inflammatoire de l'iris aura disparu, cette membrane, retenue dans sa marge où ses mouvements sont le plus étendus, tendra à les reprendre incessamment sous l'influence de la lumière, et glissera peu à peu et lentement, quelquefois d'un millimètre, quelquefois de deux, sans se détacher nulle part complétement, et d'une manière souvent égale dans tous les sens, sur la fausse membrane, en laissant attachée sur celle-ci une trace de pigmentum qui, par sa largeur, représentera l'étendue du retrait de la membrane iridienne. On aura dans ce cas une pupille noire, souvent assez ronde, que les rayons lumineux ne pourront traverser ; et l'affection qui ne sera qu'une cataracte pigmenteuse complète, adhérente, pourra être prise pour une amaurose ou une cataracte noire lenticulaire. C'est plus particulièrement cette variété que nous avons voulu décrire ici, à cause du haut intérêt pratique qu'elle présente sous le rapport du diagnostic différentiel et du traitement.

Anatomie pathologique.—Les auteurs qui ont écrit sur cette variété de cataracte sont loin d'être d'accord sur la nature de la matière noirâtre qui la forme. Ainsi, et pour ne citer que les principaux, Pellier (*Recueil de mémoires*, Montpellier, 1783) pense que les filaments et les plaques brunes doivent être considérés comme des prolongements de la choroïde ; selon Walther, ce seraient de nombreuses ramifications de vaisseaux gonflés de sang qui formeraient, d'après Chélius, des dépôts mélanés sur la surface antérieure de la capsule. Le professeur de Munich admet cependant, mais dans des limites beaucoup trop restreintes selon nous, que des flocons pigmenteux noirâtres puissent

rester adhérents à la capsule et isolés au milieu de cette membrane; mais il ne trace pas les caractères qui pourraient établir la différence qui existe entre la vascularisation morbide de la cristalloïde et les fausses membranes recouvertes de pigmentum uvéen et adhérentes ou non à l'iris. A l'exemple de Walther, le professeur Rosas (*Handbuch der Augenheilkunde*, Bd. II, s. 685) pense que les taches sont vasculaires, et avance même qu'elles sont parfaitement analogues au pannus de la cornée, quoiqu'en vérité nous ne connaissions rien qui soit moins comparable sous tous les rapports.—Richter et Beer considèrent les taches brunes comme de nature pigmenteuse; le dernier de ces auteurs croit qu'une commotion violente de l'œil peut seule produire le décollement du pigmentum, et avance que cette matière noire peut rester accolée à la capsule sans l'intermédiaire de fibro-albumine exsudée par l'inflammation. Mackensie, Middlemore admettent la cataracte pigmenteuse.

La cataracte pigmenteuse examinée sur le cadavre présente les caractères suivants:

La pupille est irrégulière, frangée, adhérente en tout ou partie et remplie par une tache noire plus ou moins étendue. Cette tache noire, examinée sous une forte loupe, offre un aspect arborescent très-facile à distinguer. La surface saillante, irrégulière et sablée, comme pulvérulente, veloutée par endroits, est d'un noir brun très-marqué. Entre les inégalités qu'elle offre, on aperçoit quelquefois à l'aide de la lentille d'autres points blanchâtres ou tout à fait blancs, qui forment exceptionnellement par leur réunion de véritables plaques. La périphérie de la tache est adhérente à la marge pupillaire déformée; elle y est soudée par une multitude de filaments noirâtres tirant plus ou moins sur le brun, et ressemblant assez à une multitude de petits vaisseaux dont le sommet, si on pouvait le suivre loin, ce qui est assez rare, se rendrait à peu près au centre de la pupille. Ces filaments, réunis ensemble par leurs côtés, offrent quelquefois l'aspect d'une plaque noire couverte de nombreuses cannelures; quelques-uns sont blancs à leur face postérieure. Leur base, infiniment large par rapport à leur sommet qui en est fort rapproché, s'épanouit sous forme triangulaire dans le cercle uvéen qu'il n'est pas toujours facile de distinguer, et qui, arraché de l'iris, est allé quelquefois se souder au milieu de la pupille. Ces filaments coupés en travers sont d'une couleur plus claire à leur centre qu'à leur circonférence et ne présentent aucune cavité; on ne peut souvent les suivre en arrière au delà du cercle uvéen, mais en avant quelques-uns semblent se continuer avec les fibres convergentes de l'iris. Si on gratte légèrement la plaque noire, on parvient souvent à trouver au-dessous d'elle une tache blanche reposant sur la capsule, ayant une largeur plus ou moins grande et s'étendant quelquefois à toute la pupille. On éprouve presque toujours une difficulté insurmontable à détacher cette opacité fibro-albumineuse de la cristalloïde, dont le tissu s'est épaissi et est devenu blanc mat dans plusieurs endroits. La capsule, qui à l'état normal est lisse, brillante, cassante au plus haut degré, a perdu ces propriétés: elle ne se déchire plus selon une ligne droite, mais selon les interstices moins denses et moins opaques demeurés libres entre les plaques exsudées. Vues à la loupe, ces plaques recouvertes de pigmentum ont une surface raboteuse remplie de petites éminences noires, dont la couleur varie en raison directe de la matière uvéenne déposée sur elles.

La face concave de la capsule antérieure offre aussi quelquefois des altérations notables; des exsudations fibro-albumineuses plus ou moins étendues la recouvrent dans sa portion en rapport avec la pupille, et assez souvent en dehors de cette ouverture, dans toutes les directions. Dans ces cas, une portion plus ou moins grande de la substance corticale du cristallin correspondante est opaque. Une cataracte complète lenticulaire accompagne quelquefois dans ce cas la cataracte pigmenteuse. Lorsque la surface concave de la capsule antérieure ne présente pas d'épaississement, il n'est pas rare de trouver le cristallin parfaitement pur derrière la cataracte uvéenne.

La face postérieure de l'iris offre des altérations remarquables: placée entre l'œil et la lumière, lorsqu'on a divisé les adhérences qui la retenaient attachée à la capsule, cette membrane paraît parsemée, dans le voisinage de la pupille, de points et de plaques

jaunâtres ou brun-clair, très-inégales, qui laissent passer la lumière en beaucoup plus grande quantité que le reste de la surface iridienne. Ces points et plaques, examinés avec attention sous la loupe, paraissent taillés aux dépens de la membrane elle-même; ils sont tous concaves et se trouvent à la place du pigmentum transporté sur la plaque fibro-albumineuse qui recouvre le centre de la capsule. Quelques-unes des plaques laissent voir à nu les fibres convergentes de l'iris, tandis que d'autres n'en laissent voir aucune. Ces dernières sont recouvertes dans leur fond d'une fausse membrane très-mince qu'on peut enlever quelquefois.

Symptômes. 1° *S. anatomiques.*—Ils varient selon le degré d'inflammation qui leur a donné naissance. Dans le cas le plus simple, la capsule, ou une fausse membrane qui la remplace, présente une petite tache noire ou rouge brunâtre foncée, plus ou moins large, de forme diverse, comme pulvérulente le plus souvent à sa surface, disposition que la loupe démontre mieux encore, et complétement libre de toute adhérence avec l'iris. Très-souvent cette tache noire, plus ou moins rapprochée de la marge pupillaire, se continue avec celle-ci, et y est attachée par un ou plusieurs ou un très-grand nombre de filaments ou bandelettes fibro-albumineuses très-fines, recouvertes de pigmentum uvéen, ce qui donne à la pupille une forme dentelée plus ou moins marquée vers une ou plusieurs parties de sa circonférence, ou même dans toute son étendue. Quelquefois on voit sur la plaque noire, surtout quand la pupille est en grande partie ou complétement oblitérée, des filaments convergeant plus ou moins vers son centre, ou tendus de diverses manières, et représentant quelquefois des espèces de piliers ou colonnes plus ou moins grosses ou nombreuses, et de couleur noire comme la plaque avec laquelle elles se confondent en arrière. Quelquefois, entre ces colonnes fibro-albumineuses, surtout lorsque la capsule a été enlevée avec le cristallin, il existe une ou plusieurs lacunes plus ou moins larges à travers lesquelles la lumière pénètre en quantité variable jusqu'au fond de l'œil, qu'il est très-difficile dans ce cas de distinguer de la couleur noire uvéenne, par suite de l'étroitesse même de l'ouverture. La surface de ces colonnes et plaques est le plus souvent granuleuse, comme veloutée, mate.

Ces filaments ou stries, colorés en rouge-brun foncé, doivent être distingués surtout des stries vasculaires que présente la capsule dans certains cas d'inflammation de cette membrane. Comme les vaisseaux, ces filaments sont le plus souvent tortueux et leur sommet se dirige aussi vers la pupille; mais leur couleur diffère essentiellement des vascularités morbides de la cristalloïde, qui sont d'un beau rouge vermillon. Un caractère qui paraît les différencier encore mieux, c'est que les filaments albumineux, recouverts de pigmentum, tiraillent plus ou moins l'iris vers l'axe antéro-postérieur de l'œil, et que les fibres iridiennes offrent dans cet endroit une tension véritable, et surtout une sorte de prolongement qui fait corps avec l'exsudation plastique. Dans le cas de vascularisation de la capsule, au contraire, on ne voit ni la tension de l'iris, ni ce prolongement dans la partie de la marge pupillaire d'où sort le vaisseau; et la pupille offre là comme ailleurs sa courbure circulaire normale. Au reste, la vascularisation de la capsule enflammée est un fait assez rare, tandis que les exsudations dans la pupille sont malheureusement très-communes. Lorsque la marge iridienne est adhérente en son entier, les fibres convergentes de l'iris paraissent plus franchement dessinées qu'à l'état normal, et des sillons plus ou moins profonds, placés entre chacune d'elles, les mettent en relief avec encore plus d'énergie. La tendance incessante de l'iris à se rétracter vers le corps ciliaire, contribue peut-être aussi à rendre cette disposition plus évidente. L'iris offre assez souvent les traces de l'inflammation qui a produit autrefois l'opacité pupillaire pigmenteuse; tantôt c'est une décoloration totale ou partielle de sa surface antérieure; tantôt ce sont des fausses membranes placées en arrière, et qui froncent son petit cercle devenu proéminent en proportion directe de leur épaisseur.

La lumière joue un rôle négatif important à noter lorsqu'elle arrive sur la pupille complétement oblitérée; tous les rayons lumineux étant absorbés par la couleur noire

de l'opacité, aucun n'est réfléchi, comme on le voit toujours dans l'amaurose. L'examen de l'œil dans un cabinet noir au moyen d'une bougie, selon le procédé découvert par Purkinje, en 1823, et décrit en France par Sanson, en 1837, donne la preuve que la lumière ne traverse ni la capsule ni le cristallin, l'image fournie par la cornée pouvant seule être reconnue, ainsi qu'il arrive dans la cataracte noire. L'habitude générale du malade est plutôt celle d'un cataracté que d'un amaurotique. Il baisse la tête lorsqu'il est en pleine lumière, et son œil est plutôt dirigé vers la terre qu'en sens opposé. L'expression de sa physionomie ne porte pas le cachet amaurotique, si facile à reconnaître; il fronce énergiquement les sourcils lorsqu'on lui enlève brusquement son chapeau ou l'abat-jour qu'il porte assez habituellement; sa démarche est celle du cataracté, il traîne les pieds avec précaution à terre à la manière d'un homme enfermé la nuit dans une chambre obscure, et n'a pas cette démarche sautillante particulière à l'amaurotique.

2° *Symptômes physiologiques.*—La vue est trouble en raison directe de l'étendue de la plaque pigmenteuse et de l'oblitération de la pupille; lorsque l'atrésie est complète, le malade conserve à un assez haut degré la perception de la lumière et la direction des ombres. Il n'accuse pas de voir ou d'avoir vu des mouches volantes, des arcs-en-ciel, des éclairs, etc. Il n'éprouve aucune douleur.

Diagnostic différentiel. — La cataracte pigmenteuse complète ne saurait être confondue qu'avec deux autres affections dont l'une est malheureusement trop commune, l'*amaurose*, l'autre extrêmement rare, la *cataracte noire*. Néanmoins les caractères particuliers à chacune de ces maladies étant assez nettement tranchés, il faudrait pour tomber dans cette erreur être réellement fort peu exercé au diagnostic différentiel des maladies oculaires.

Dans l'amaurose, la pupille est en général immobile; mais elle est le plus souvent assez ronde, et l'on n'aperçoit point de filaments noirs qui l'attachent à la capsule en lui donnant une forme plus ou moins anormale, comme on le voit toujours dans la cataracte pigmenteuse complète. Dans la cataracte noire, la pupille est mobile comme à l'état normal, ce qui distingue nettement, sous ce rapport, cette affection des deux autres. Il y a, il est vrai, des cas d'amaurose dans lesquels, la mobilité de la pupille étant conservée, ce caractère deviendrait mauvais; mais d'une part ces cas sont exceptionnels, et de l'autre ils peuvent être très-sûrement distingués à l'aide d'autres symptômes anatomiques aidés des caractères physiologiques et du commémoratif.

Dans la cataracte pigmenteuse complète, la pupille est immobile, adhérente, frangée, et d'une forme qui s'éloigne plus ou moins de la circulaire; les instillations de belladone ne la dilatent pas ou ne la dilatent que d'une manière irrégulière. Dans la cataracte noire et l'amaurose, les membranes internes de l'œil n'ont point été enflammées; le contraire est toujours arrivé dans la cataracte pigmenteuse, ainsi que l'attestent les exsudations fibro-albumineuses recouvertes de pigmentum uvéen qui oblitèrent plus ou moins la pupille. D'autres traces d'inflammation peuvent encore exister dans cette dernière affection, comme la décoloration partielle ou générale de l'iris, etc.

La pupille est noire dans l'amaurose, la cataracte noire et la pigmenteuse. Cette couleur noire est-elle la même dans les trois cas? Siége-t-elle sur le même plan? Telles sont les questions à poser ici.

Dans l'amaurose, la couleur noire de la pupille est formée, comme à l'état normal, par le fond de l'œil. Cette couleur ne siége donc pas dans la pupille, mais derrière cette ouverture et au fond de la coque oculaire dont la forme concave ne doit point être oubliée. En effet, lorsque le cristallin est pur, ainsi que son enveloppe, la lumière naturelle traversant ces milieux réfringents arrive jusqu'au fond de l'organe et s'y réfléchit en partie. L'image lumineuse, ainsi renvoyée, occupe successivement, selon que l'observateur se déplace, tous les points de la surface interne de la concavité. En d'autres termes, si l'on regarde le fond de l'œil selon l'axe antéro-postérieur, à la

limite extrême de cet axe apparaîtra l'image qui sera située alors à son maximum de profondeur; si on se place de droite à gauche et de haut en bas, obliquement par rapport à l'œil maladé, ce sera à l'extrémité de la ligne ainsi dirigée que se montrera cette même image qui sera alors beaucoup plus rapprochée de la pupille. La profondeur du point de réflexion de la lumière varie donc, et cela est facile à comprendre, si l'on n'oublie pas quelle est la forme de la coque oculaire; et il en résulte que la distance qui existe entre la marge de l'iris et l'image lumineuse peut servir, quand on s'y est exercé, à mesurer la longueur des diamètres de l'œil, et à reconnaître, lorsque l'image disparaît ou change de forme, si une ou plusieurs opacités siégent dans les milieux réfringents. Cette image, se promenant ainsi successivement sur tout le fond parfaitement noir et concave de l'œil, prouve d'une manière incontestable que le cristallin et son enveloppe sont entièrement transparents, et qu'aucun corps opaque n'est interposé entre l'iris et le fond de l'organe. L'expérience de Sanson est donc complétement inutile ici.

Dans la cataracte pigmentèuse, l'image lumineuse n'apparaît plus; il en est de même dans la cataracte noire complète. On reconnaît aisément, dans la première comme dans la seconde, que l'opacité siége antérieurement par rapport au fond de l'œil et qu'elle est ou convexe ou plane, mais qu'elle n'est nullement concave comme dans l'amaurose.

Dans la cataracte pigmenteuse, de même que dans la cataracte noire, l'opacité est rarement d'un noir parfait; néanmoins, même sous ce rapport, elles peuvent être distinguées aisément entre elles, parce que la tache uvéenne est pulvérulente, d'un noir-brun très-foncé, souvent inégale, sillonnée parfois de filaments noirs formés par des fausses membranes recouvertes de pigmentum, tandis que l'opacité lenticulaire noire est unie à sa surface, infiniment plus mate à son centre qu'à sa circonférence, ce qui assez fréquemment est le contraire dans la pigmenteuse. Enfin, on voit souvent une ombre portée sur la capsule par l'iris libre d'adhérences dans la cataracte noire, laquelle se détache par une couleur plus brune et plus terne de celle parfaitement noire du fond de l'œil; tandis que, dans la pigmenteuse complète, il n'y a point et ne peut y avoir d'ombre portée par l'iris adhérent de toutes parts. Ce dernier caractère différencie encore davantage ces deux affections sous le rapport du plan qu'elles occupent dans le diamètre antéro-postérieur de l'œil.

Les symptômes physiologiques de l'amaurose distinguent très-bien cette maladie des deux autres lorsqu'elles sont complètes; mais la cataracte pigmenteuse et la cataracte noire se confondent jusqu'à un certain point, les malades ayant pendant le jour une vision à peu près égale dans les deux cas. Néanmoins la cataracte noire se distingue assez bien, parce qu'à une lumière moins grande le malade voit mieux comme dans dans toutes les cataractes, tandis que dans la pigmenteuse la vue diminue lorsque le jour baisse; cela tient à des raisons trop connues pour que nous les rappelions ici. Le commémoratif est aussi d'un certain secours, attendu que la cataracte pigmenteuse est consécutive à une inflammation, tandis que la cataracte noire et l'amaurose deviennent complètes sans avoir été précédées d'aucune rougeur de l'œil.

Reste enfin l'expérience des trois images, qui peut aider sans contredit à la détermination du diagnostic différentiel, mais dont il ne faudrait pas cependant s'exagérer l'importance jusqu'à la regarder comme infaillible. L'expérience de tous les jours démontre, en effet, qu'un œil peut être atteint d'une cataracte même assez avancée, et présenter néanmoins et d'une manière très-nette les trois images; surtout quand cette cataracte occupe, ce qui est très-fréquent, la circonférence de la lentille dont le centre est alors parfaitement transparent. C'est un fait que j'ai souvent montré, à ma clinique, sur des malades présentant à un si haut degré la cataracte que je viens d'indiquer, que l'opacité pouvait facilement être reconnue, même sans instillation de belladone, et sur lesquels cependant les trois images apparaissaient très-nettement lorsqu'on les examinait dans le cabinet noir avec la bougie.

L'expérience des trois images ne me paraît donc pas avoir, dans le diagnostic des cataractes commençantes, la valeur que Sanson a essayé de lui donner. Lorsqu'un malade est atteint de cataracte noire ou pigmenteuse, elle prouve seulement que ce n'est point à l'amaurose qu'on a affaire, lorsque les deux images profondes disparaissent et que celle de la cornée seule demeure apparente. Elle n'a donc qu'une valeur relative peu importante, et ne peut nullement servir à distinguer la cataracte noire seule, ainsi que l'a écrit M. le docteur Magne, élève de Sanson, puisque le phénomène principal sur lequel repose, selon lui, le diagnostic de la cataracte noire, l'apparition d'une seule image lumineuse, est commun à cette affection et à la cataracte pigmenteuse. (V. le *Journal de chirurgie*, tom. Ier, pag. 223.) Je ne saurais trop engager les lecteurs de ce travail à relire cette observation de prétendue cataracte noire; ils reconnaîtront aisément qu'il s'agissait tout simplement d'une véritable cataracte pigmenteuse.

Traitement. — Lorsque la cataracte pigmenteuse est complète et que le malade n'a que l'œil qui en est atteint, une opération seule peut lui rendre la vue. Si la maladie est consécutive à une opération de cataracte après laquelle le cristallin a disparu, on pourra essayer de déchirer, au moyen de l'aiguille, les fausses membranes placées dans la pupille, surtout si elles présentent une assez grande largeur. Il pourra arriver néanmoins assez souvent qu'après l'opération une inflammation se déclare et que la pupille laborieusement débarrassée disparaisse de nouveau, circonstance due à ce que les yeux qui présentent dans la pupille de larges et épaisses fausses membranes, ont une tendance extrême à s'enflammer quand on détruit ces exsudations. Si ce revers arrivait, on se conduirait alors comme dans le cas où, le cristallin existant, des adhérences souderaient complétement l'iris et la capsule recouverte de pigmentum, c'est-à-dire qu'on devrait pratiquer la pupille artificielle par décollement. On ferait au contraire cette même opération par excision, si une portion suffisante de la pupille normale permettait de saisir l'iris demeuré libre dans une certaine étendue.

Si la cataracte pigmenteuse était très-petite, et la vision peu altérée, aucun traitement médical ou chirurgical ne devrait être proposé.

Dans le cas où l'on assisterait à la formation de la cataracte pigmenteuse, c'est-à-dire où des adhérences plus ou moins nombreuses tendraient à se former entre l'iris et la capsule pendant une inflammation de ces membranes, on devrait éloigner le plus rapidement possible la marge pupillaire de l'axe antéro-postérieur de l'œil, en employant la belladone de la manière que nous avons indiquée ailleurs (V. *Gazette des hôpitaux*, du 20 août 1842), à propos des hernies récentes de l'iris, et cela indépendamment d'un traitement antiphlogistique approprié à la constitution du malade, et des préparations mercurielles administrées à l'intérieur et en frictions autour de l'orbite.

Recherches sur la texture microscopique du cancer; *par* M. Desormeaux, *D.-M.-P., ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique* (1).

Les tissus qui constituent le cancer ont été étudiés, quant à leurs éléments primitifs, par de nombreux observateurs, et tous sont arrivés, à peu de chose près, aux résultats

---

(1) L'intérêt qui s'attache aux nouvelles études microscopiques sur la composition des tissus morbides, et particulièrement du cancer, nous engage à emprunter l'excellent résumé qu'on va lire à un travail remarquable de M. Desormeaux, fils du savant professeur dont la science regrette encore la perte. (*Recherches sur la théorie élémentaire de la production des tissus accidentels*, Diss. inaug., Paris, 1844.) Nulle part encore nous n'avons trouvé une analyse aussi complète des travaux des micrographes allemands; et l'on verra que le jeune observateur a pu déjà les contrôler par sa propre expérience.

On remarquera qu'il n'est pas question ici du *cancer épidermique*, sur lequel nous avons

exposés par M. Müller. Toutefois, la plupart des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, tout en confirmant l'exactitude des observations de ce savant, rapportent ses différentes variétés aux deux grandes divisions que les pathologistes reconnaissent généralement dans les tissus cancéreux. Je conserverai la division en tissu encéphaloïde et squirrheux, qui est bonne au point de vue pathologique, et à laquelle je crois que l'on peut assez facilement rapporter les observations histogéniques. Je dois dire cependant qu'il existe sur quelques points des doutes que l'on ne pourra éclaircir qu'en étudiant à la fois les tissus sous le triple rapport de leur structure grossière, de leurs éléments primitifs et de leur signification pathologique.

Encéphaloïde.—M. Müller pense que sous le nom d'encéphaloïde (*carcinoma medullare, Markschwamm*) on peut comprendre différentes formes qui se confondent entre elles ou différents degrés de développement du cancer mou (1). Je vais rapporter, d'après son ouvrage, les trois formes qu'il établit, avant de donner la signification que je crois devoir leur assigner.

« 1° *Carcinoma medullare* avec prédominance, dans la masse médullaire, des globules de formation ronds sur le réseau fibreux délié...—Gluge a trouvé les plus petits globules plus gros que ceux du pus; ils diffèrent entre eux pour la grosseur. Les plus petits avaient 1/125 de millimètre de diamètre. Leur forme n'était pas régulière, mais se rapprochait de la forme ronde. Ils présentaient une surface inégale, sur laquelle on distinguait des points obscurs et des lignes arrondies auprès des bords transparents des globules... Je trouve les globules de formation très-semblables à ceux du cancer commun et du *carcinoma reticulare* (squirrhe); souvent on ne trouve dans leur cavité intérieure que quelques petits points ou de très-petits granules; mais à un fort grossissement, on y trouve un noyau absolument comme dans d'autres formes du cancer. La grosseur de ces noyaux, par rapport à celle des globules qui sont très-variables, est, en général, la même que dans le cancer commun. »

« 2° *Carcinoma medullare,* consistant en des corpuscules pâles, elliptiques, sans prolongement, et une masse fondamentale cérébriforme...—Presque toute la masse, à part les vaisseaux, consistait en des corpuscules elliptiques, uniformes, qui adhéraient fort peu entre eux. Les corpuscules, très-pâles sous le microscope, étaient aussi larges et une fois et demie ou deux fois aussi longs que les globules du sang. Jamais on ne voyait de fibres partir de ces corpuscules, jamais on ne trouvait dans leur intérieur de noyaux ou de jeunes cellules. Avec les plus forts grossissements, ils n'offraient qu'un ou plusieurs petits points. »

---

récemment publié une note. (Voyez ci-devant, pag. 180.) M. Desormeaux en dit quelques mots dans un autre endroit; nous reproduirons d'abord ce passage.

« Après l'aplatissement mécanique, la transformation la plus simple est l'affaissement spontané des cellules, qui perdent leur forme globuleuse pour se transformer en disques; les globules du sang en sont un exemple remarquable..... L'aplatissement peut aller jusqu'à amener au contact les parois de la cellule, qui perd tout son contenu, et se trouve alors transformée en une canule mince; c'est ce qui arrive aux cellules de l'épiderme qui se transforment en petites écailles; *et à certaines cellules morbides que quelques auteurs ont à cause de cela nommées* cellules épidermiques, *dénomination vicieuse, puisqu'elle rapproche, comme les variétés d'une même espèce, des objets qui n'ont d'analogie que par leur forme définitive.* »

Nous avons voulu avoir l'avis de M. Mayor sur cette critique; et M. Mayor nous a fait remarquer que le microscope ne révèle que *des formes;* qu'on est donc non-seulement fondé, mais en quelque sorte forcé de rapprocher les formes semblables, puisqu'il n'existe absolument aucun moyen de découvrir si elles cachent des espèces distinctes. Ainsi les cellules du cancer décrit par M. Mayor ressemblent exactement aux cellules de l'épiderme; cela suffit d'une part pour qu'on leur en garde le nom, et d'une autre part pour qu'on ne les confonde pas avec celles des cancers encéphaloïde, squirrheux et aréolaire, dont on va lire la description.

(1) *Ueber den innern Bau der krankhaften Geschwuelste.*

« 3° *Carcinoma medullare* avec corpuscules à fibres ou fusiformes. — Ces encéphaloïdes ont parfois une sorte d'aspect fibreux à la déchirure, lorsque les corpuscules fusiformes affectent des directions déterminées, comme dans les cas décrits par Valentin. J'ai trouvé ces corpuscules dans plusieurs encéphaloïdes, tantôt en petit nombre, au milieu de globules ronds, tantôt plus nombreux que ceux-ci... Suivant la direction que prennent les corpuscules fusiformes dans leur disposition réciproque, il peut en résulter une aspect rayonné, une apparence d'arrangement en houppes ; mais souvent aussi leurs directions sont tellement variées que leur déchirure n'offre pas de traces de fibres. Alors même qu'il y a apparence de fibres, ces tumeurs ne se déchirent pas facilement en houppes, et les fragments se rompent aisément. Mais les corpuscules fusiformes s'arrangent fréquemment avec une grande régularité. Leur intérieur est analogue à ce que nous avons déjà décrit plus haut : ils contiennent, soit des granulations sans noyaux bien distincts, ou bien un noyau plus ou moins visible avec un ou plusieurs nucléoles. Les corpuscules s'allongent sur un ou deux côtés, rarement dans plusieurs directions, en fibres de différentes longueurs. Ce sont des cellules qui s'arrêtent à la période de transition des cellules aux fibres. »

Faut-il regarder ces trois variétés comme trois formes distinctes ou comme trois degrés de développement d'un même tissu ? Je pense que nous pouvons admettre cette dernière idée d'une manière plus absolue que ne le fait M. Müller.

Que trouvons-nous, en effet, en considérant, dans l'ordre où ils viennent d'être indiqués, les éléments essentiels de ces trois formes ?—1° des globules arrondis pourvus de noyaux ; 2° des globules allongés, ovalaires, n'offrant plus de noyaux ou dont le noyau était peu visible (j'ai vu dans un cancer de l'estomac des globules entièrement conformes à la description de M. Müller, et dans quelques-uns desquels on parvenait à découvrir des noyaux en ménageant la lumière) ; 3° des globules fusiformes ou offrant des prolongements fibriformes. Voilà les trois formes successives, les trois périodes d'évolution par lesquelles doit passer une cellule avant de former une fibre, d'après les observations faites sur les tissus normaux. Ainsi, nous trouvons dans l'encéphaloïde la même transformation des éléments primitifs que dans beaucoup de tissus sains, avec cette seule différence que l'évolution n'est pas complète, qu'elle s'arrête avant que la fibrine soit parfaite. L'analogie est telle que nous pouvons déjà conclure à l'identité du mode de formation.

Pour donner à cette conclusion toute la rigueur désirable, il faudrait avoir une description exacte des tumeurs dans lesquelles on a observé chacune de ces formes élémentaires, et malheureusement M. Müller a négligé de nous les décrire. Cependant nous trouvons dans son ouvrage, à propos de la troisième forme, de quoi appuyer notre interprétation ; à cette forme se rapportent des encéphaloïdes énormes conservés au musée de Berlin ; et dans l'encéphaloïde, un degré avancé de l'évolution du tissu accompagne d'ordinaire un accroissement considérable de la masse ; enfin M. Müller cite, comme appartenant à la même forme, une tumeur observée par M. Valentin (*Répert.*, 1837, p. 277), et voilà ce que rapporte cet auteur :

« La tumeur qui était située à la cuisse avait neuf pouces et demi sur onze et demi, elle pesait quinze livres et existait depuis trois ans chez une fille de vingt-cinq ans. Cette tumeur était renfermée dans un kyste fibreux de nouvelle formation ; elle était composée de lobes isolés dans une grande partie de leur surface, et dont un certain nombre étaient remplis d'un liquide épais, ressemblant à du pus, mais offrant, au lieu des globules caractéristiques de ce liquide, des globules cancéreux ronds, sans mouvement moléculaire ; le reste de la tumeur avait les caractères de l'encéphaloïde qui commence à se ramollir. »

A tous les caractères, il serait facile de reconnaître de l'encéphaloïde ramolli, quand même M. Valentin n'aurait point dit que c'en était réellement.

Les cellules que j'ai décrites forment toujours l'élément essentiel de l'encéphaloïde ; quelquefois elles le constituent à elles seules et sont juxtaposées sans moyen d'union

visible. Dans d'autres cas, on trouve entre les cellules une trame de tissu fibreux ou cellulaire. Lorsque ce tissu fibreux domine dans la tumeur, l'encéphaloïde se rapproche du squirrhe (Vogel).

Squirrhe.—Le squirrhe offre d'une manière bien plus évidente les deux substances que l'on trouve dans beaucoup d'encéphaloïdes, des fibres et des globules. Souvent les fibres sont parallèles, régulièrement arrangées, et en tout semblables à celles du tissu cellulaire; souvent elles sont visibles à l'œil nu, et dessinent dans la coupe de la tumeur des figures diverses qui ont servi à former des variétés du squirrhe. Elles forment souvent des capsules arrondies, ou de différentes formes, dans lesquelles sont contenus les globules; je ne décrirai pas toutes les dispositions qu'elles peuvent présenter. De même que les jeunes fibres du tissu cellulaire, elles sont détruites par l'acide acétique, et laissent des noyaux ou des fibres de noyaux. Quelquefois on trouve des fibres avec des renflements variqueux contenant chacun un noyau (Vogel). Ces fibres, pas plus que les précédentes, n'appartiennent en propre au squirrhe; on les a trouvées constituant à elles seules des tumeurs fibreuses de la matrice; je les ai observées dans une tumeur fibreuse de la cuisse, dont elles occupaient la périphérie, et qui n'offrait point de traces de squirrhe.

Dans le *carcinoma reticulare* de M. Müller, le réseau blanc qui enferme dans ses mailles les globules squirrheux est formé de granulations rondes, blanches, opaques, deux, trois ou quatre fois aussi grosses que les globules du sang, et que l'on trouve aussi agglomérées en amas arrondis. Je ne pense pas que l'on puisse établir une variété sur la présence de ces globules, qui semblent être analogues à ceux que l'on rencontre dans beaucoup de cytoblastèmes et de substances intercellulaires; leur disposition même n'est peut-être due qu'à ce qu'ils sont repoussés dans les espaces que n'occupent pas les groupes de cellules.

La substance légèrement grisâtre et véritablement squirrheuse est formée de globules qui ressemblent, en général, à ceux du premier degré de l'encéphaloïde. Ces globules sont tantôt ronds, tantôt un peu ovales; on trouve aussi des noyaux libres avec leurs nucléoles (Vogel). Comme je l'ai fait pour l'encéphaloïde, je dois commencer par reproduire la description que M. Müller donne de ces globules, en parlant du *scirrhus* ou *carcinoma simplex* et du *carcinoma reticulare*.

Dans le *carcinoma simplex*, « ces globules de formation sont des globules creux ou des utricules transparentes de 0,00045 — 0,00100 — 0,00120 p. z. de diamètre (0^{mm},01118 — 0,02707 — 0,03248). Ils sont insolubles dans l'eau, dans l'acide acétique et dans l'eau bouillante. Dans un certain nombre de ces cellules, on ne trouve que quelques points qui semblent de petits granules; dans d'autres, on voit un corpuscule plus gros, comme un noyau ou comme une utricule plus petite, contenu dans le globule cellulaire. » Dans beaucoup de cas, M. Müller n'a pas pu s'assurer de l'existence de ces jeunes cellules dans les globules; d'autres fois elles y étaient très-distinctes.

Dans un squirrhe ulcéré de la mamelle, il a trouvé un grand nombre de globules contenant une ou plusieurs jeunes cellules, comme l'indique la planche qu'il en donne.

Dans le *carcinoma reticulare*, « la masse grise est constituée par des globules de formation ou des cellules transparentes, semblables à celles du *carcinoma simplex*. Ces cellules contiennent souvent aussi une, deux, ou plusieurs petites utricules avec des noyaux peu visibles. Dans d'autres cas, on ne pouvait reconnaître les plus petits germes de cellules dans des globules plus gros. Alors on trouvait beaucoup de petits grains à l'intérieur des globules cellulaires transparents. »

J'ai été souvent à même de vérifier les caractères que M. Müller assigne à ces deux variétés de cellules squirrheuses. Quant aux globules transparents qui renferment souvent de jeunes cellules, je ferai remarquer que ces dernières sont souvent fort difficiles à apercevoir, même avec une lumière très-faible. Dans un squirrhe de la mamelle opéré par M. Nélaton, dont la trame fibreuse était très-considérable et d'une grande

consistance, j'ai trouvé des globules squirrheux ronds ou ovalaires, de 0^{mm},010 à 0,025 de diamètre, et tellement transparents que je ne pus les apercevoir qu'en modérant extrêmement la lumière; alors je trouvai, dans quelques-uns seulement, un corps fort peu visible, que je pris pour un noyau; mais au bout de quelque temps, lorsque le liquide dans lequel ces globules nageaient sur la plaque de verre se fut un peu évaporé, ils devinrent bien visibles, et je pus distinguer sans peine, dans leur intérieur, de jeunes cellules qui les remplissaient et qui offraient presque toutes un noyau. J'obtins le même résultat plus vite, et d'une manière plus claire, en mettant dans la liqueur une matière colorante qui pénétra dans les cellules.

L'évolution des cellules squirrheuses elles-mêmes me paraît pouvoir être éclairée par ce que j'ai observé sur un squirrhe de la mamelle, extirpé par M. Laugier. La tumeur offrait dans son centre une substance un peu grisâtre, diaphane, facile à diviser, surtout vers le milieu, et qui devenait plus résistante vers la périphérie, où elle était entourée d'une couche blanche offrant la résistance du tissu fibreux, et qui se perdait dans le tissu cellulaire voisin. La substance blanche, que sa situation extérieure et sa consistance doivent faire regarder comme de formation plus récente, présentait un très-grand nombre de granulations, transparentes, sphériques, d'un volume variable; les plus grosses avaient environ 0^{mm},004 de diamètre; on y trouvait, en outre, des cellules à contenu granuleux, de différentes grosseurs; les plus grosses, qui étaient un peu plus transparentes, contenaient un noyau avec son nucléole, dans ses rapports ordinaires avec la cellule; aucune ne présentait de jeunes cellules distinctes dans son intérieur.

La partie centrale, qui avait tous les caractères du ramollissement, contenait deux ordres de cellules, toutes très-transparentes: 1° des cellules rondes de 0^{mm},0085 à 0^{mm},0150 et même 0^{mm},0200, dont quelques-unes présentaient un petit noyau; toutes, ou presque toutes, offraient, dans leur intérieur, une, deux et jusqu'à trois jeunes cellules rondes, de 0^{mm},008 à 0,005; quelques-unes, de 0^{mm},007, étaient d'une transparence extrême: la plupart de ces jeunes cellules avaient des noyaux; 2° de petites cellules libres, en tout semblables aux cellules intérieures dont je viens de parler.

D'après ces différents faits, nous pouvons établir que les cellules du squirrhe se forment autour des noyaux dont parle M. Vogel, et auxquels on peut rapporter les plus grosses granulations, de 0^{m},004 de diamètre; leur contenu est d'abord granuleux, presque opaque; plus tard, quand commence le ramollissement, les granulations disparaissent, les globules deviennent transparents, et dans leur cavité se forment de nouvelles cellules, d'abord peu nombreuses, mais dont le nombre augmente, et qui finissent par remplir la cellule-mère, comme je l'ai vu dans le squirrhe opéré par M. Nélaton.

M. Valentin, qui admet, en partie au moins, cette marche des cellules, dit que les cellules mères finissent par se rompre et laisser échapper les cellules intérieures; ce qui expliquerait la présence de jeunes cellules libres dans la matière squirrheuse ramollie.

La substance intercellulaire paraît subir des modifications correspondant à l'évolution des cellules; les granulations qu'elle contient souvent disparaissent d'ordinaire, et elle devient limpide, en même temps que l'espace qu'elle occupe diminue par l'accroissement et la multiplication des cellules.

La trame fibreuse ne paraît point suivre dans ses altérations le développement des cellules; elle était très-résistante dans le squirrhe extirpé par M. Nélaton, et les cellules offraient les caractères d'une période avancée. On sait, du reste, que, dans le squirrhe complétement ramolli, elle forme parfois des lambeaux qui conservent leur caractère.

Carcinoma alveolare.—La trame du cancer alvéolaire est constituée par des fibres et des lamelles blanches, solides, qui s'entre-croisent à l'infini, et interceptent entre

elles des cellules limpides, closes ou communiquantes, variant de la grosseur d'un grain de sable à celle d'un gros pois, et remplies d'une gelée visqueuse complétement transparente. Cette substance transparente contient des cellules renfermant d'autres petites cellules qui en contiennent de plus petites encore. Les plus petites cellules portent sur leur paroi un noyau foncé, jaunâtre. On y trouve souvent aussi de nombreux noyaux libres dans leur intérieur. M. Müller rapporte à cette variété les cancers gélatiforme et aréolaire de Laënnec et de M. Cruveilhier.

Les cellules de ce cancer paraissent bien n'être qu'un degré plus avancé des cellules du squirrhe, dont nous venons de voir l'évolution. Mais je ne pourrais donner que de pures hypothèses sur la cause du ramollissement simultané de la masse et de la disposition particulière des fibres.

De l'emploi de l'émétique à haute dose dans un cas de tétanos traumatique; *par* M. Allut, *docteur en médecine à Alais.*

Jacques Tolouré, âgé de 29 ans, ouvrier de la fonderie de M. Rousseau, eut, le 22 février, le bras gauche pressé entre le sol et une poulie d'un mètre de diamètre; on arrêta immédiatement la roue, on le retira de là et l'on découvrit trois plaies, l'une à la partie externe et inférieure de l'humérus, les deux autres à la partie supérieure et interne du cubitus.

On fit venir un médecin qui lui donna ses soins pendant quinze jours; les plaies marchaient déjà vers la cicatrisation, lorsque, le 15 mars, il survint des douleurs sourdes dans l'avant-bras. Le lendemain le trismus se déclare accompagné de la rigidité du cou et du tronc, les membres se roidissent, deviennent immobiles; l'insomnie s'empare du malade, et s'il vient à s'assoupir un moment, il éprouve des soubresauts tellement violents qu'il se réveille en sursaut et pousse des cris perçants. Dès ce moment mon collègue et excellent ami M. Serres d'Uzès fut appelé ; il fit appliquer 20 sangsues à la partie antérieure du cou, un large vésicatoire à la nuque ; il employa l'opium à haute dose; l'huile de ricin fut administrée en même temps sans faire éprouver au malade le moindre soulagement : à cette époque, M. Serres, obligé de s'absenter pendant quelques jours, voulut bien avoir la bonté de me confier ce malade que j'allai visiter avec lui le 20 mars.

Les 21, 22, 23, je continuai le traitement par l'opium (5 centigr. toutes les heures), je fis une saignée de quatre palettes qui parut soulager momentanément; mais le lendemain le trismus avait augmenté d'intensité et le malade accusait des douleurs insupportables dans toute la colonne vertébrale.—(15 *sangsues au cou, liniment térébenthiné et laudanisé tout le long du rachis, opium à l'intérieur, lavement matin et soir avec* 75 *centigrammes de camphre et* 50 *centigrammes de musc.*) — Le 25, même traitement. Le 26, je suspends les lavements avec le musc, et je fais usage de 30 gouttes de teinture de nicotiane dans 240 grammes de décoction de mauve pour un lavement; le malade en prend trois dans la journée et les symptômes ne font que s'aggraver.

Me rappelant alors avoir lu dans le *Dictionnaire* du docteur Fabre, qu'il était surprenant qu'aucun praticien n'eût jamais employé l'émétique à haute dose dans le tétanos, je me décidai en désespoir de cause à en faire promptement usage. Le 27, je prescrivis 40 centigrammes d'émétique dans 120 grammes d'infusion de fleurs d'arnica avec addition de 30 grammes de sirop diacode (formule de M. Bouchardat), à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures. Voulant surveiller l'emploi de ce moyen énergique, je revins chez mon malade quatre heures après, et je fus fort surpris de le trouver dans un état beaucoup plus satisfaisant: le trismus commençait à diminuer d'intensité, la rigidité du cou et des muscles du bas-ventre était moins grande; mais ce qui me donna le plus grand espoir de le sauver de cette maladie presque toujours

mortelle, ce fut le retour des urines, qui étaient pour ainsi dire supprimées (il n'urinait qu'une fois toutes les 24 heures et en très-petite quantité). Je continuai la même prescription jusqu'au 4 avril et ne m'arrêtai que lorsque je fus convaincu que le malade était hors de tout danger.

Toulouré a pris dans l'espace de huit jours 3 grammes 50 centigrammes d'émétique, sans éprouver de vomissements, et n'a été qu'une fois par jour à la garde-robe.

D'après l'heureux résultat de cette observation, il est à désirer que les praticiens fassent de nouvelles expériences sur ce médicament, et peut-être parviendra-t-on à préserver de la mort un plus grand nombre de sujets qu'on n'a fait jusqu'aujourd'hui.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

ABLATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DE L'S ILIAQUE DU COLON; ***réunion directe des deux bouts de l'intestin;*** **par M. REYBARD,** ***de Lyon.***

Le travail de M. Gély, dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro, nous fournit une occasion toute naturelle de revenir sur le mémoire de M. Reybard, et sur le rapport qu'en a fait M. Jobert à l'Académie de médecine. Outre l'importance de l'opération en elle-même, les expériences faites par l'auteur sous les yeux de la commission académique, recevront un nouvel intérêt de leur rapprochement avec celles de M. Gély. Donnons d'abord le fait tel qu'il a été reproduit par M. Jobert.

OBS. — « Le 8 avril 1833, M. le docteur Reybard fut appelé auprès d'un homme âgé de vingt-huit ans, qui souffrait depuis plusieurs années; le mal avait surtout pris de l'accroissement pendant les six mois qui précédèrent l'opération. Les symptômes principaux consistaient en coliques vives et répétées, accompagnées de quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche, qui donnaient lieu à un malaise continuel, lequel augmentait chaque jour.

« Quand M. Reybard l'examina pour la première fois, il nota ces différents signes, et de plus reconnut par l'inspection que le ventre avait un volume énorme qui simulait exactement au premier abord une abondante hydropisie. Par la palpation on distinguait dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, profondément située, et paraissant mobile sous les doigts et non adhérente aux parois abdominales. Le développement du ventre était dû à des gaz, et on pouvait suivre le trajet du côlon qui se dessinait sous la peau et se faisait sentir plus distinctement que dans l'état normal. Le malade avait des éructations, et pourtant son appétit était conservé. Les selles étaient rares, et aucun gaz ne s'échappait par l'anus. Mais il en sortait habituellement une matière sanguinolente, puriforme, dont l'émission donnait lieu à de fréquents ténesmes.

« Les lavements émollients, quoique donnés en petite quantité, étaient difficilement supportés. Le toucher par le rectum ne faisait reconnaître aucune tumeur accessible à l'examen direct.

« Le malade avait maigri, et depuis quelque temps il avait tous les jours du frisson, et les nuits se passaient sans sommeil. Ces derniers symptômes s'étaient surtout accrus depuis trois mois, époque où, dit l'auteur de l'observation, la tumeur s'était convertie en un abcès qui avait été annoncé par une évacuation de pus, à la suite de laquelle la douleur locale avait sensiblement diminué.

« M. Reybard, se fondant sur les résultats de la palpation, et éclairé par les symptômes rationnels, en conclut qu'il y avait dans ce point une tumeur carcinomateuse, et qu'elle occupait évidemment l'S iliaque du côlon. Persuadé de l'incurabilité du mal si on l'abandonnait à lui-même, il se décida à pratiquer une opération, et ce fut le 2 mai qu'il y procéda de la manière suivante :

« Le malade étant couché sur le dos, M. Reybard fait au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la crête et à un pouce d'elle, une incision de six pouces, qui divise les tissus couche par couche; des ligatures placées sur les vaisseaux arrêtent le sang aussitôt qu'il s'échappe.

« Le péritoine est ouvert avec précaution dans l'étendue de trois pouces environ.

« La tumeur, quoique avec beaucoup de difficulté, est amenée au dehors; deux ligatures embrassant entre elles une assez grande étendue du mésocolon, sont placées pour prévenir une hémorragie.

« L'intestin est enlevé avec un bistouri dans

l'étendue d'environ trois pouces, et le méso-colon est coupé avec des ciseaux. On lie les artères qui longent l'intestin, et les fils sont conservés longs afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif. Avant de commencer la suture, M. Reybard prépare deux aiguilles chargées d'un fil de soie fin et double; une de ces aiguilles porte, en guise de nœud, un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle: toutes deux sont graissées de cérat.

« Lorsque, dit M. Reybard, j'eus mis en « rapport les deux bouts de l'intestin, je « les attachai ensemble, près de leur bord « mésentérique, avec le fil de la première « aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. « C'est là que la suture à surjet commença. « Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au mi- « lieu de la solution de continuité, avec la « précaution d'en serrer et d'en rapprocher « beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le « fil à sept ou huit lignes de l'intestin; puis « je l'arrêtai, non point en faisant un nœud « comme on termine une couture, mais en « l'entraînant, c'est-à-dire, en le compre- « nant dans les nouveaux points de suture « que je pratiquai avec la deuxième aiguil- « lée de fil dont je me servis pour terminer « l'opération. Lorsque celle-ci fut achevée, « c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nou- « veau jusqu'au bord mésentérique de l'in- « testin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble « par un double nœud les deux brins dont se « compose l'aiguillée; toutefois, après les « avoir dédoublés et traversé avec l'un d'eux « une des lèvres de la plaie, je n'embrassai à « dessein, pour arrêter ce fil, que le côté pé- « ritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus « vite coupé, la ligature devînt libre plu- « tôt par ce côté de la suture que par l'au- « tre; ce dernier nœud étant fait, je coupai « les fils au ras de la plaie. »

« La suture terminée, M. Reybard repousse l'intestin profondément dans le ventre pour l'éloigner de la plaie. Celle-ci est réunie par trois points de suture.—Le malade garde la position fléchie de la cuisse sur le bassin, et le tronc incliné en avant et à gauche. Le traitement consiste en un régime émollient. Tout se passe bien jusqu'au cinquième jour de l'opération. Survient alors du ballonnement, de la tension, de la douleur; les lèvres de la plaie s'écartent de près de six lignes. (*Sangsues*, *cataplasmes*, *lavements émollients*.)

« Le septième jour, mieux sensible; il n'y a pas encore eu de selles. On permet un peu de bouillon.

« Au dixième jour, on enlève les fils de la suture des parois abdominales, et, à la suite d'un lavement, a lieu une selle abondante; on n'examine pas ce qu'elle pouvait contenir. Le ventre n'est plus douloureux; le mieux continue, et l'état du malade va en s'améliorant.

« Trente-huit jours après l'opération, il prenait des aliments solides, allait naturellement à la selle, rendait des vents par l'anus; la cicatrisation de la plaie était complète. Ce ne fut qu'au bout de six mois que ce jeune homme éprouva quelques douleurs lancinantes vagues, de peu de durée, de la gêne, du malaise dans la région iliaque gauche. Mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes; on constate le retour de la tumeur, et en même temps une vive sensibilité dans la cuisse et la jambe correspondantes. Joseph Valesnaud garda le lit pendant deux mois, et succomba le 16 mars 1834, environ un an après l'opération.

« On ne fit pas l'ouverture du corps. Voici comment M. Reybard décrit la tumeur enlevée: « Elle était grosse comme une pomme « de reinette de volume ordinaire, dure, d'un « blanc-grisâtre; elle offrait plusieurs tuber- « cules, plus distincts au toucher qu'à l'œil; « elle occupait les deux tiers postérieurs du « diamètre de l'intestin. Ouverte en avant « dans le sens de la longueur, la cavité de « l'intestin avait perdu la moitié de son « étendue. » M. Reybard n'a pu nous représenter cette pièce, qu'il a lui-même égarée depuis longtemps. »

On voit que M. Reybard a appliqué ici à une division totale de l'intestin la suture à surjet modifiée qu'il avait proposée contre les divisions incomplètes. La modification essentielle consiste à arrêter le fil à l'un des bouts par un rouleau de charpie, à l'autre par un nœud, de telle sorte que l'intestin puisse être réduit, et que le fil soit entraîné après la réunion dans le canal intestinal, sans donner lieu à des points fistuleux et à des épanchements consécutifs. Deux questions s'élevaient à cet égard: premièrement, pouvait-on opérer ainsi la réunion directe des surfaces divisées? Deuxièmement, n'avait-on pas à craindre, surtout pour les divisions complètes de l'intestin, des épanchements de matières intestinales dans l'abdomen? Les expériences connues jusqu'à présent donnaient une réponse négative à la première question, et affirmative à la seconde. Toutefois la commission voulut s'en assurer directement par de nouveaux faits, et M. Reybard pratiqua devant elle sept expériences.

Deux de ces expériences ont eu pour objet des divisions incomplètes. Sur un chien sur lequel on avait fait une section transversale incomplète, réunie par la suture à surjet, à l'autopsie on ne trouva pas de réunion immédiate; et l'on observa pour cicatrice une production nouvelle, molle, large, facile à dé-

chirer. Plusieurs anses intestinales adhéraient à l'intestin opéré, et l'une d'elles fermait en partie la plaie. Le bout supérieur était dilaté dans une étendue de 7 centimètres à partir de la section; toutefois le bout inférieur contenait des matières fécales.

Sur un autre chien, une incision longitudinale montra des résultats tout semblables. Pas de réunion immédiate, mais des adhérences des anses voisines qui bouchent la plaie; et si l'on détruisait ces adhérences, la solution de continuité était reproduite. — Il y en a un troisième qui fut probablement soumis à quelque essai du même genre; mais tout ce qu'on en dit est qu'il n'a pas été sacrifié.

Au total, cependant, on voit que les divisions incomplètes de l'intestin sont réparées sur les chiens sans trop de dommage par la suture à surjet; mais la question demeurait entière pour les sections complètes.

On a fait de ces sections sur quatre chiens. L'un est mort en 38 heures; l'autopsie fit voir les bouts de l'intestin flottants dans le ventre, un épanchement péritonéal et des fausses membranes. — Un second succomba aussi; on n'en fit point l'autopsie. — Un troisième, ouvert douze jours après, n'offrit aucune trace de réunion directe; mais l'intestin divisé était entouré de toutes parts par d'autres anses intestinales adhérentes, sauf en un point où il y avait un épanchement de pus et de matières fécales, lequel toutefois était resté circonscrit à cause des adhérences extérieures. — Un quatrième, ouvert le neuvième jour, n'avait pas plus de réunion immédiate que les autres; les lèvres de la division étaient écartées de plusieurs lignes; entre elles existait un tissu mou, de nouvelle formation, et deux ou trois points fistuleux vers les angles de la plaie. Les deux bouts avaient été maintenus en outre par les adhérences des anses voisines. Ajoutons que, dans ces deux derniers cas, les fils n'étaient pas encore tombés.

Le résultat unanime de ces expériences est donc que la suture à surjet n'a jamais amené de réunion immédiate. Nous avons vu ce qu'elle produit dans les divisions incomplètes; dans les sections complètes de l'intestin elle a toujours déterminé des épanchements de matières intestinales; une fois au moins, et probablement deux fois, un épanchement général dans le péritoine; une autre fois un épanchement circonscrit, assez notable toutefois; et nous regrettons que le rapporteur n'ait pas dit si la mort fut la suite des désordres produits, ou si le chien paraissait disposé à se rétablir. Enfin, dans le dernier cas, l'épanchement n'est pas noté, mais les petits points fistuleux aux angles de la plaie autorisent suffisamment à l'admettre. Cependant il a été au moins si léger que le chien aurait probablement survécu; et cet exemple de succès nous aide à comprendre celui que M. Reybard a obtenu sur l'homme.

En dernière analyse, la suture à surjet peut donc encore à toute force réussir dans les sutures intestinales complètes; mais elle est beaucoup trop dangereuse pour ne pas être absolument rejetée de la pratique.

OPÉRATION D'ENTÉROTOMIE *pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle;* par M. MAISONNEUVE.

Nous avons conservé le titre donné par l'auteur à son opération; mais nous devons avertir nos lecteurs, d'abord que ce titre n'est nullement justifié par les détails du fait même, et ensuite qu'il ne leur donnerait qu'une médiocre idée de la portée pratique de l'heureuse tentative de M. Maisonneuve. Les étranglements internes de l'intestin grêle sont fort rares, et à peu près impossibles à diagnostiquer, sauf les cas de hernies rentrées en masse; mais ce qui est beaucoup plus commun, ce qui trouvera dans l'opération nouvelle un remède déjà entrevu sans doute, mais non directement proposé, c'est cette condition fâcheuse d'un intestin réduit dans le ventre, et qui, soit paralysie, soit rétrécissement, ne laisse pas passer les matières, et entretient l'obstruction tout aussi forte qu'avant le débridement et la réduction. On voit que notre critique ne touche qu'à la forme; quant au fond, nous n'hésitons pas à dire que M. Maisonneuve a fait faire à la chirurgie un pas important et un véritable progrès. Voici l'observation dans tous ses détails.

OBS.—« Mme D***, âgée de soixante-quatre ans, portait, depuis quinze ans environ, une tumeur inguinale du côté droit. Cette hernie, qui n'avait jamais été contenue par un bandage, s'étrangla le 27 avril 1844, et ne put être réduite, malgré l'emploi méthodique du taxis, des bains, de la saignée et des sangsues. Le 29 au matin, les accidents avaient acquis une intensité telle qu'il parut dangereux d'attendre davantage. Je proposai l'opération, qui fut immédiatement acceptée par la malade, et pratiquée à deux heures trente minutes du soir.

« La tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme; elle contenait une quantité notable de sérosité, ce qui rendit le premier temps de l'opération extrêmement simple. Après l'écoulement du liquide, je reconnus une anse d'intestin grêle, fortement tendue, de couleur lie de vin, et recouverte à son pédicule de fausses membranes molles, sans organisation appréciable. Le débridement fut pratiqué sur le collet du sac; aussitôt il me fut possible d'attirer au dehors les deux bouts de l'intestin, dans une longueur de 3 ou 4 centimètres; la trace circulaire de l'étrangle-

ment était facile à reconnaître, mais rien n'annonçait une altération profonde des tuniques de l'organe; en conséquence, je procédai à la réduction: je m'assurai qu'elle était complète en introduisant le doigt dans l'orifice herniaire, et en explorant en haut, en bas et sur les côtés, les parties attenantes de la cavité abdominale. La plaie fut ensuite réunie par première intention, au moyen de la suture.

« Les cinq ou six premières heures qui suivirent l'opération furent parfaitement calmes; mais dans la nuit les accidents reparurent et se développèrent avec une effrayante rapidité. Le 31, malgré l'administration des purgatifs à toutes les doses et sous toutes les formes, le cours des matières ne s'était point rétabli : déjà le pouls filiforme, la voix éteinte, les traits profondément altérés, annonçaient une fin prochaine. Cependant un examen minutieux des symptômes généraux et de l'état du ventre me donna la conviction que je n'avais point affaire à une péritonite. Le relief considérable des anses de l'intestin grêle, à travers les parois de l'abdomen, indiquait clairement l'obstruction intestinale comme la cause principale des accidents. C'était donc contre elle que devaient se diriger nos efforts. Nous n'avions plus à compter sur les purgatifs, leur administration était devenue impossible. Il n'y avait espoir de salut que dans une seconde opération. Mais ici la science me faisait défaut; elle n'avait à m'offrir aucun précédent: je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie du fait que j'avais sous les yeux. Une circonstance m'avait frappé vivement dans l'examen de la malade : c'était le relief que faisaient, à travers la paroi abdominale, les anses distendues de l'intestin grêle. Je pensai qu'il serait possible d'aller chercher une de ces anses, de l'attirer au dehors, et d'établir ainsi un anus artificiel; car ces anses distendues étaient évidemment placées au-dessus de l'obstacle. Je fis part de cette idée à mon confrère M. Prévost, et, sur son approbation, je me mis immédiatement à l'œuvre. Je divisai les adhérences de la plaie réunie déjà par première intention; je développai les lambeaux du sac, et j'arrivai bientôt à l'orifice herniaire. Avec le doigt index je rompis d'abord quelques fausses membranes; puis, pénétrant dans l'abdomen, je rencontrai une anse intestinale que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion d'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord la pensée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture; mais, ayant reconnu entre cette anse intestinale et la paroi de l'abdomen des adhérences intimes, je crus pouvoir me dispenser de cette précaution et procéder immédiatement à l'ouverture. A l'aide d'une pince à disséquer, je parvins à saisir un pli de l'intestin, et glissant des ciseaux mousses le long de la pince, je divisai le pli transversalement. Un jet de matières m'apprit que j'étais dans la cavité intestinale. J'introduisis cependant mon doigt, pour m'assurer qu'après son affaissement l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire.

« La malade était extrêmement fatiguée; je ne crus pas utile de rien faire pour solliciter la sortie d'une nouvelle quantité de matières, et je me contentai d'appliquer sur la plaie un cataplasme de farine de lin.

« La soirée se passa sans accidents nouveaux; et, bien qu'il ne se fût écoulé qu'une fort petite quantité de matières, les vomissements ne se reproduisirent plus. Le lendemain, 1er mai, la malade resta toujours dans un état d'affaissement considérable; peu de matières s'écoulèrent encore, et pourtant les nausées, les vomissements ne se renouvelèrent pas : un peu d'eau de Seltz sucrée fut bien supportée. Le 2 mai, vers dix heures du matin, une débâcle eut lieu par l'anus contre-nature, c'est-à-dire qu'il s'écoula tout à coup une énorme quantité de matières liquides qui inondèrent les garnitures et le lit. Dès lors une amélioration notable se manifesta : les circonvolutions de l'intestin grêle cessèrent de faire relief à travers la paroi abdominale, l'état général d'anxiété disparut comme par enchantement, la malade put prendre avec plaisir des boissons nourrissantes, un peu de vin; elle put supporter de nouveaux lavements purgatifs, qui, toutefois, restèrent encore longtemps sans résultat.

« Jusqu'au 8 mai, rien de nouveau ne se manifesta. Les matières continuaient à couler abondamment par l'anus contre-nature; les bouillons, les potages pouvaient être supportés, les forces revenaient graduellement; mais l'extrémité inférieure de l'intestin restait toujours insensible à l'action réitérée des lavements purgatifs. Enfin, dans la soirée du 8, on obtint l'expulsion de plusieurs tampons volumineux de matières stercorales endurcies, qui très-certainement séjournaient dans l'intestin depuis un temps considérable; mais cette évacuation ne fut suivie d'aucune autre. Cependant les forces se rétablissaient à vue d'œil, la malade se levait sur son séant, mangeait de bon appétit. Complétement rassurée sur son existence, elle commençait à se préoccuper de la persistance de son anus contre-nature, par lequel les matières coulaient presque continuellement. Je pensai que le moment était venu de commencer la cure de cette infirmité; nous étions au 21 mai, à plus de trois semaines de l'opération. Je fis construire, avec de la charpie, de petits

bourdonnets destinés à boucher l'orifice extérieur; j'indiquai la manière de les introduire, de les maintenir par un bandage triangulaire, et je recommandai à la malade de les garder une ou deux heures chaque fois, à moins qu'elle n'éprouvât de fortes coliques. J'avais pour but d'opposer à la sortie des matières un léger obstacle mécanique, afin de les forcer à prendre la voie normale. Le résultat dépassa toutes mes espérances. Le 23, vers midi, à la suite d'un repas dans lequel la malade avait mangé une côtelette de veau aux petits pois, de légères coliques se firent sentir dans tout le bas-ventre, et une abondante évacuation de matières molles et semi-liquides eut lieu par les voies naturelles. A dater de ce moment, tout écoulement cessa d'une manière absolue par l'orifice anormal, et le 29 mai, un mois juste après la première opération, la malade pouvait se lever, se promener, boire et manger comme en pleine santé. Le linge cérato qui recouvrait la plaie était à peine sali par un suintement stercoral; les selles étaient régulières, précédées seulement de légères coliques.

« Aujourd'hui, 16 septembre 1844, la malade est toujours restée complétement guérie. Les coliques diminuent de jour en jour. »

Dans les très-courtes réflexions que M. Maisonneuve a jointes à ce récit, il paraît regarder son opération comme la *première tentative d'entérotomie pratiquée sur l'intestin grêle*, pour ce qu'il nomme *les étranglements internes* de cet intestin. Ce n'est nullement là qu'est son mérite. Lorsque les matières intestinales sont arrêtées par un rétrécissement ou une obstruction quelconque de l'intestin, Louis avait déjà conseillé de faire une incision pour procurer la sortie des matières, et Renauld, d'après ce conseil, fit cette opération avec succès sur un homme de 25 ans, qui se trouva même guéri, le 28e jour, de l'anus artificiel ainsi pratiqué. Mais le conseil n'avait été donné que pour des accidents survenant longtemps après l'opération du débridement sur des sujets guéris de cette première opération; et tel était aussi le cas du sujet traité par Renauld. Pour les cas au contraire où les accidents de l'étranglement continuent après le débridement et la réduction, rien n'avait été dit; à moins qu'on ne prenne pour quelque chose de sérieux le conseil donné par De Witt de tenter à tout hasard la gastrotomie. Cependant comme la nature semblait inviter les chirurgiens à aller rechercher l'intestin pour l'inciser! Combien de sujets désespérés avaient dû leur salut à la rupture spontanée de l'intestin, se vidant ainsi par la plaie extérieure! Bien plus, on avait fait plus d'une fois l'incision de l'intestin dans des cas analogues, mais seulement lorsqu'il était au dehors, la réduction n'ayant point été faite. De ces premiers essais à l'opération de M. Maisonneuve, le pas semble sans doute bien simple et bien facile à faire; mais enfin il n'avait point été fait; et bon nombre d'opérés avaient été ainsi en quelque sorte abandonnés par la timidité et l'impuissance de l'art. Désormais nous serons en possession d'une ressource nouvelle; et c'est là que gît selon nous toute l'importance de la nouvelle opération.

ÉTUDES SUR LA FISSURE A L'ANUS, *et sur son traitement sans opération;* par M. J.-J. CAZENAVE, *de Bordeaux* (1).

Le travail de M. Cazenave porte sur deux points importants de pratique, le diagnostic et le traitement de la fissure à l'anus. Sans doute, au premier abord, le diagnostic paraît facile; il s'en faut cependant qu'il en soit toujours ainsi. Tantôt le praticien consulté cherche une autre cause au ténesme et à la constipation dont se plaignent les malades; d'autres fois les symptômes mêmes semblent concourir à le tromper, en simulant une affection toute différente; enfin, lors même que la douleur à l'anus est assez vive pour forcer en quelque sorte à l'examen local, si l'on ne déplisse pas l'anus avec un peu de soin, la fissure échappe, et l'on s'en prend alors à tout ce qui s'offre aux yeux, et souvent encore à ce qu'on imagine. Ce sont là les trois sources d'erreurs dans le diagnostic de la fistule à l'anus; et qui ignore combien ces erreurs sont fréquentes! M. Cazenave en cite 14 exemples, vérifiés par lui-même; et comme les faits particuliers frappent davantage que les assertions générales, nous donnerons ici le résumé de ces 14 faits.

L'erreur, sans contredit, la moins pardonnable, est celle que l'on commet faute d'examen, quand les symptômes en indiquent cependant la nécessité. M. Cazenave en a vu trois exemples: chez un malade, deux médecins s'obstinaient à combattre la constipation par des bains, des purgatifs, des lavements, etc.; chez un autre, deux médecins également avaient attribué le ténesme à une maladie chronique du gros intestin; chez le troisième, la méprise avait été faite par un chirurgien habile.

Vient ensuite l'erreur commise par la négligence dans l'examen, et qui est à peine plus excusable que la première. Ainsi, sur deux sujets, l'affection avait été prise pour des hémorroïdes; et chaque fois l'erreur avait été également partagée par deux médecins. Chose plus triste encore, M. Cazenave et un de ses confrères avaient reconnu une fissure

---

(1) Brochure in-8°; Bordeaux, 1844.

chez une femme de 40 ans; un autre médecin, consulté après eux, la méconnut, et décida gravement que ses confrères n'avaient pas le sens commun.

Mais il reste les cas où les symptômes, en quelque façon étrangers, masquent la maladie. Chez la femme, le point de départ des douleurs semble être particulièrement le col ou le corps utérin; chez l'homme, le col ou le corps de la vessie. Chez deux femmes, la fissure avait été prise pour un engorgement ou un squirrhe du col de l'utérus; chez une troisième pour une métrite chronique. Chez un homme, le principal symptôme était la difficulté d'uriner; et ce ne fut qu'après avoir exploré en vain l'urètre et la vessie, que M. Cazenave lui-même se mit à la recherche de la fissure. Deux autres sujets avaient été déclarés atteints d'une prétendue irritation chronique du col de la vessie, pour laquelle l'un même avait déjà été cautérisé deux fois. Un quatrième offrait tous les signes rationnels d'un calcul dans la vessie. Enfin un cinquième, avec sa fissure, avait des rétrécissements très-réels de l'urètre et des fistules urinaires; chez celui-ci, on conçoit que la fissure ait pu échapper, ses symptômes se confondant avec ceux d'autres lésions non moins réelles.

Si la question du diagnostic est importante aux yeux du praticien, celle du traitement l'est sans doute encore davantage; et l'on peut avec M. Cazenave répéter les paroles de Dupuytren: *ce serait rendre un véritable service à l'humanité, que de découvrir un moyen thérapeutique capable de guérir la fissure à l'anus sans opération.* On a en quelque sorte tout essayé: purgatifs, sangsues, bains, diète, pommades narcotiques, mèches; presque jamais ces moyens n'ont réussi. Plusieurs chirurgiens se sont loués de la dilatation; Boyer n'en avait jamais rien obtenu; nous en dirons autant pour notre part, et M. Cazenave n'a pas été plus heureux. « J'ai essayé cinq fois, dit-il, de la dilatation, et cinq fois j'ai vu la constriction des sphincters s'augmenter, l'irritation et la douleur devenir insupportables. »

Il n'a pas été plus heureux avec le ratanhia et le monésia: « Quoique j'aie personnellement éprouvé, dit-il, de nombreux mécomptes touchant le traitement des fissures à l'anus par le ratanhia et le monésia, je me suis toujours fait un devoir de recourir à ces deux médicaments chez tous mes clients avant d'en venir à l'opération. Eh bien, le croira-t-on? je n'ai pas obtenu une seule guérison, et à peine deux de mes malades, porteurs de fissures légères au-dessous du sphincter, ont-ils éprouvé quelque amendement. »

Toutefois, en considérant que la fissure est surtout exaspérée par l'acte de la défécation, M. Cazenave s'est demandé si l'on ne pourrait pas la guérir: 1° en soumettant les malades à un régime convenable; 2° en obtenant liquides ou semi-liquides les matières qui doivent passer à travers la filière anale; 3° en s'y prenant de façon que l'anus soit à peine dilaté, et demeure dans le repos le plus complet et le plus long possible; 4° enfin en usant d'un moyen propre à éviter le contact des matières avec la fissure ou les sphincters.

Pour s'assurer d'abord des effets d'un régime spécial, il soumit trois mendiants d'âges différents à des expériences qui n'ont pas tenu tout ce qu'elles promettaient peut-être, que nous reproduirons cependant comme un premier point de départ qui pourrait conduire à des déductions intéressantes pour bien d'autres affections que la fissure à l'anus.

Exp. I.—Le premier mendiant avait 60 ans, un tempérament sanguin très-prononcé; il mangeait habituellement par jour 750 grammes de pain, une soupe préparée avec un peu de graisse, des haricots et 125 grammes de pain; le tout arrosé d'un demi-litre de gros vin rouge. Il avait des selles abondantes, de couleur fauve-jaunâtre, très-fétides, consistantes, et réglées à une fois par 24 heures. L'expérience commença le 3 octobre.

Du 3 *au* 5 *octobre*, on réduisit sa nourriture ainsi qu'il suit:

Pain......... 685 grammes.
Soupe avec... 90 grammes de pain.
Vin.......... 35 centilitres.

Selles moins copieuses, un peu moins consistantes.

Du 6 *au* 7;

Pain......... 560 grammes.
Soupe avec... 45 grammes de pain.
Vin.......... 25 centilitres.

Trois selles un peu liquides, mêlées de matières moulées et jaunâtres.

Du 8 *au* 9.—Pain très-blanc, 375 grammes.—Plus, une tasse de bouillie faite avec de la farine de froment aussi blutée que possible, un jaune d'œuf et du lait;—un peu de vin coupé d'eau.

Deux selles moulées, beaucoup moins copieuses.

Du 10 *au* 11.—Pain très-blanc, 185 grammes.—Plus, 125 grammes de mie de pain réduite en crème par expression, avec addition de sucre fin;—eau vineuse.

Une seule selle consistante du poids de 155 grammes.

Du 12 *au* 13.—125 grammes de farine de riz bouillie dans le lait de vache.

Point de selle; sensation de faim très-supportable, que l'on calme avec une solution un peu concentrée de gomme adragant.

14.—On réduit la bouillie de moitié.

Pas de selle.—Pas de faim.

15.—Diète complète, sauf un peu de gomme adragant pour tromper la faim.

Pas de selle. On administre deux lavements huileux, qui ramènent des mucosités peu consistantes, et environ 45 grammes de matières fécales, délayées ou moulées.

16.—Solution de gomme adragant très-concentrée, avec addition de sirop simple. — Lait de vache, 125 grammes.

Point de selles.

Du 17 *au* 18. — Solution de gomme *ut suprà.*—60 grammes de farine de riz bouillie dans une tasse de lait de vache.

Point de selles.

Du 19 *au* 20.—Le vieillard se plaint beaucoup de la faim, et déclare qu'il ne peut l'endurer plus longtemps. On lui promet de la calmer avec de la gomme adragant.—Du reste, même régime.

Pas de selles.

Du 21 *au* 22.—Même solution de gomme; bouillie avec 90 grammes de farine de riz.

Pas de selles.

Du 23 *au* 24.—Mêmes prescriptions.

Deux selles moulées, pesant ensemble 95 grammes.

Du 25 *au* 26.—Même solution ; bouillie avec 120 grammes de farine de riz.

Pas de selles.

Le 27, le sujet, bien que n'ayant pas éprouvé de dérangement sérieux, s'ennuya de son régime, et refusa de le continuer.

En résumé, du 3 au 11 octobre, tant qu'on ne fit que diminuer le régime ordinaire, on eut des selles moins copieuses, mais à peu près aussi nombreuses. Du 12 au 15, en quatre jours, avec la bouillie de riz et la gomme adragant, il n'y eut pas de selles; les matières ramenées par les lavements équivalaient au septième environ des aliments solides pris dans ces trois jours. Il est à regretter que le poids des premières selles n'ait pas été noté, pour établir une comparaison analogue; il semble seulement que chez ce sujet le pain ait donné un résidu beaucoup plus considérable, et environ un quart de son poids. Peut-être aussi eût-il mieux valu attendre les selles naturelles sans les provoquer par des lavements.

Quoi qu'il en soit, du 16 au 24, avec la gomme adragant et un peu de bouillie, on tint le ventre fermé durant près de huit jours; et l'on eut ensuite en deux selles un résidu d'un peu moins du sixième des aliments solides pris durant tout ce temps.

La deuxième expérience fut faite sur un individu de 32 ans, manchot, mangeant près d'un quart de plus que le vieillard. Le résultat ne fut pas grandement différent, si ce n'est que la faim arriva plus vite et plus insupportable.

Du 10 au 11, pour 840 grammes de pain, il eut une selle de 155 grammes, plus du sixième.

Du 12 au 13, pour 500 grammes de farine de riz et deux œufs à la mouillette, il eut une selle de 90 grammes. La proportion, à cause des deux œufs, est difficile à établir. Mais à partir du 15, où il eut deux lavements, il resta jusqu'au 22 sans avoir de selle; et alors pour 420 grammes de farine de riz, plus une quantité indéterminée de gomme adragant, il eut une selle de 67 grammes, moins du sixième.

La troisième expérience avait pour sujet un aveugle de 21 ans, mangeant moitié moins que le vieillard, ayant deux selles par vingt-quatre heures. Il supporta parfaitement la faim. Chez lui, du 10 au 11 octobre, 300 grammes de pain, plus un œuf à la mouillette, donnèrent une selle d'environ 36 grammes, moins d'un huitième en poids.—Du 12 au 15 octobre, 390 grammes de farine de riz donnèrent, à l'aide de lavements, environ 43 grammes de matières, encore moins du huitième. Plus tard, du 17 au 22, par exemple, pour 420 grammes de farine de riz, il eut trois petites selles, mais composées en partie de matières muqueuses, et à peu près dans la même proportion avec les aliments solides. Il est assez curieux de noter que chez ce jeune homme la digestion était habituellement laborieuse, et que cependant c'est lui qui absorbait le plus des matières solides ingérées.

Voilà ce que nous avons pu tirer de ces expériences; car M. Cazenave les donne toutes brutes, et sans en rien conclure. Elles montrent bien plutôt ce qu'on pourrait en attendre en les variant et en les multipliant, qu'elles ne donnent des résultats bien précis. Le seul point peut-être de quelque importance qu'elles aient mis en relief, c'est l'efficacité d'une petite quantité de gomme adragant pour apaiser la faim.

Arrivant donc sans transition au traitement de la fissure, M. Cazenave recommande un régime de fécules et de végétaux herbacés; des minoratifs tous les deux jours; des quarts de lavements huileux deux fois par jour, des injections narcotiques dans le rectum; le repos horizontal; et après quinze jours, il ajoute à tous ces moyens, qui n'en doivent pas moins être continués, un appareil destiné à préserver l'anus du contact des matières fécales, et qu'il décrit de cette manière :

« Cet appareil se compose d'un cercle en baleine arrondie, très-flexible, s'enroulant sur un très-petit mandrin à tête. Cette baleine doit être matelassée avec un peu de linge fin ou de charpie, et recouverte ensuite d'une enveloppe en bon taffetas ciré ayant

huit travers de doigt de long. Tout étant ainsi préparé, on graisse avec du cérat, et on introduit baleine et mandrin dans l'anus et le rectum, préalablement dilatés par une injection opiacée si le sphincter est trop contracté. Quand la baleine est parvenue au-dessus du sphincter et au niveau de l'évasement inférieur du rectum, son élasticité la fait se dérouler, former un cercle ayant les dimensions obligées de la partie la plus inférieure du ventre d'amphore (du rectum). Cela fait, on arrange le taffetas ciré, qui doit franchir le sphincter et dépasser l'anus d'au moins quatre travers de doigt. »

Le but de cet appareil est de servir de canal aux matières fécales; l'expérience a appris à l'auteur qu'il ne fatigue pas les parties, qu'il est facile à placer et à enlever; et enfin, il cite cinq observations de fissures guéries après trois, quatre, et au plus six semaines de ce traitement.

Sans contredit, l'opération est plus prompte, et surtout nous la croyons bien plus efficace. Mais comme il se rencontre beaucoup de sujets qui s'y refusent opiniâtrement, la méthode de M. Cazenave offrira peut-être alors une ressource utile, et qu'on peut du moins essayer sans beaucoup d'inconvénient.

Sur le traitement des fissures a l'anus *par l'extrait de ratanhia;* par M. Payan, d'Aix.

Nous venons de voir un praticien recommandable raconter les échecs qu'a eus entre ses mains l'extrait de ratanhia; M. Payan au contraire n'a presque jamais eu qu'à se louer de l'emploi de cette substance. Triste condition de la thérapeutique, lorsqu'elle sort des moyens purement mécaniques pour s'aider des forces si capricieuses des médicaments! Entre cette contradiction perpétuelle des succès des uns et des revers des autres, dans les mêmes affections traitées par les mêmes moyens, trop souvent le doute vient assiéger l'esprit; on se dit bien que la maladie n'était la même qu'en apparence, que les idiosyncrasies sont encore plus variables; toujours est-il que le secret de ces variétés nous échappe, et que nous sommes ainsi trop souvent exposés à agir au hasard. Le seul bénéfice que l'on puisse retirer de ces faits en apparence contradictoires, c'est d'apprendre, d'une part, à garder toujours quelque méfiance d'un remède prématurément déclaré infaillible, et, d'une autre part, à ne pas rejeter trop à la légère un moyen utile, parce qu'il n'aura pas constamment réussi.

M. Payan a essayé la cautérisation avec le nitrate d'argent; il ne paraît pas disposé à y revenir. — « Trois fois, dit-il, nous l'avons employé chez des militaires et à plusieurs reprises, avec toutes les précautions convenables, sans que, pour prix des douleurs très-vives qui en résultaient pendant quelque temps et qui allaient quelquefois jusqu'à développer la fièvre, les malades eussent obtenu aucun résultat curatif, et eussent pu se soustraire à l'incision. »

L'incision au contraire ne l'a jamais trahi; et six cas de fissure à l'anus ainsi traités ont été pour lui six cas de guérison. Toutefois, dès que M. Trousseau eut publié sa lettre sur les bons effets de l'extrait de ratanhia, M. Payan n'hésita pas à substituer dans sa pratique ce traitement si facile et si simple à une opération douloureuse et qui cause encore plus d'effroi que de douleur. Voici le résumé de ses observations.

Obs. I. — Le nommé Chapeau, fusilier, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix, pour des hémorroïdes, disait-il, dont il souffrait depuis plus de six mois. Les douleurs n'étaient pas continues, mais se déclaraient aiguës et déchirantes au commencement des garde-robes, pour durer ensuite plusieurs heures après la défécation. D'après ces circonstances, M. Payan soupçonna une fissure, dont l'examen local vérifia l'existence.

Après avoir débuté par quelques bains généraux, on prescrivit pour le matin un lavement émollient, qui devait être suivi dans la demi-heure de l'administration d'un quart de lavement avec :

Extrait de ratanhia..	4 grammes.
Alcool	1 gramme.
Eau commune.......	200 grammes.

Le lavement émollient fit pousser une selle avec les douleurs ordinaires; et le lavement de ratanhia fut gardé pendant deux heures seulement. On en donna un autre le soir, sans lavement émollient préalable.

Les jours suivants, mêmes prescriptions; seulement dès le 4e jour la dose d'extrait fut portée à 5 grammes. Jusque-là les garde-robes avaient été encore assez pénibles, quoiqu'un peu moins qu'auparavant; le 5e jour, elles commencèrent à être exemptes de toute souffrance ou à peu près.

Tout à coup, le 8e jour, ténesme, douleur d'entrailles, soif, agitation fébrile. On apprend que plus d'une fois, par une paresse blâmable, le lavement de ratanhia a été donné sans lavement émollient. Prescription : *bain de siége, lavement à l'eau de son, tisane de riz, diète modérée.* Huit jours se passèrent ainsi; l'irritation intestinale se dissipa; mais comme les douleurs à l'anus étaient revenues, on revint aux lavements de ratanhia, savoir : un seul le matin durant trois jours, puis un le matin et un le soir. Le 11e jour de la reprise des lavements, constipation, chaleur abdominale; on se borne à un lavement émollient. Le malade sortit trois jours après,

se sentant fort bien, la fissure recouverte d'une cicatrice fine et rougeâtre; en un mot, avec toutes les apparences d'une guérison solide.

Obs. II. — Dès le 4e jour du traitement, les selles n'étaient presque plus douloureuses; le 8e elles étaient nulles, bien que la fissure ne fût pas encore cicatrisée. Au 12e il fallut suspendre les lavements de ratanhia, pour cause de constipation et de coliques; des lavements émolliens continués encore 10 jours complétèrent la guérison.

Obs. III. — Celle-ci présente la circonstance assez rare d'une fissure existant chez une petite fille de 4 ans et demi. On prescrivit un lavement émollient le matin, suivi, une demi-heure après, d'un autre ainsi formulé :

♃ Extrait de ratanhia. 2 grammes et demi.
Alcool à 23°...... 0,50 centigrammes.
Eau commune.... 100 grammes.
Ce dernier à répéter le soir.

Le premier lavement fut suivi d'une selle; le second fut gardé; c'est pourquoi le soir on fit précéder le second lavement de ratanhia d'un lavement simple, qui fut rendu presque aussitôt.

Le 3e jour de ce traitement, l'enfant eut une selle sans douleur. Le 7e jour, des coliques obligent à le suspendre. On le reprend le 11e, bien que les douleurs ne se soient pas reproduites, mais pour consolider la guérison. Le 18e, on le cesse définitivement; la fissure était guérie, et depuis trois ans elle n'a pas reparu.

Les trois autres faits n'offrent rien à noter que le succès plus ou moins rapidement obtenu. Chez un septième malade, la médication au contraire échoua complétement, et l'individu quitta l'hôpital au bout de 25 jours, sans être guéri.

M. Payan termine en rappelant trois cas de guérisons obtenues par M. Roque d'Orbecastel; la dose de l'extrait fut portée de 4 à 10 grammes. Peut-être en effet, dans les cas rebelles, ferait-on bien de hausser ainsi les doses, en se tenant toutefois en garde contre les effets trop énergiques du remède, qui peut déterminer de la constipation, du ténesme, des coliques et même de la fièvre, ainsi que le montre la première observation de M. Payan.

(*Journ. de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles.*)

INFLUENCE DE LA PARALYSIE SUR LA CONSOLIDATION DES FRACTURES; *par* M. REYNAUD, *de Toulon.*

Les faits qui pourraient servir à juger cette question encore douteuse sont fort rares; on lira donc celui qui va suivre avec quelque intérêt.

« Le 17 janvier 1844, le forçat Langevin, du bagne de Toulon, âgé de 31 ans, d'une constitution robuste, travaillait à l'empilement des bois dans le port, quand une pièce de bois très-lourde le renversa sur le ventre, contusionna fortement la région lombaire et l'abdomen, et, continuant à rouler sur ce malheureux, vint produire une fracture oblique du fémur gauche, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, et une fracture comminutive des deux os de la jambe gauche à leur partie moyenne.

« Ce condamné fut immédiatement porté à l'hôpital du bagne; il était dans un état fort alarmant. La peau était froide, pâle, le pouls très-faible, la sensibilité presque éteinte. A l'aide des moyens convenables employés avec persévérance, on parvint à faire disparaître les phénomènes graves de commotion que présentait ce malade, et à arrêter dans leur marche les symptômes de péritonite qui se montrèrent au début, à la suite de la contusion de l'abdomen. Il resta une paralysie des extrémités inférieures, avec paralysie du rectum et de la vessie, que l'on fut obligé de débarrasser chaque jour des matières qui s'y accumulaient à l'aide du cathétérisme.

« Les fractures furent traitées à l'aide de l'appareil de Scultet; et l'absence de contractions musculaires, ainsi que la docilité du malade, permirent de se borner à l'emploi de cet appareil, qui suffit pour maintenir une coaptation convenable dans la fracture de la jambe. Ce ne fut que plusieurs semaines après l'accident, lorsque le malade était déjà dans un état tout à fait désespéré, que les fragments de la fracture du fémur chevauchèrent l'un sur l'autre, de manière à donner un raccourcissement sensible au membre.

« Pendant la dernière semaine du mois de janvier et une partie du mois de février, l'état de Langevin s'améliora sensiblement, l'appétit revint, les forces se rétablirent un peu; quelques traces de mouvement et de sensibilité reparurent dans les membres inférieurs; la vessie se débarrassa quelquefois seule des urines qu'elle contenait; mais, après plusieurs semaines d'amélioration, des escarres gangréneuses apparurent sur le sacrum et sur la région lombaire, et donnèrent lieu, par leur chute, à une suppuration très-abondante. La contractilité de la vessie disparut de nouveau, la fièvre se ralluma, l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le malade succomba le 27 mars, soixante-dix jours après son entrée à l'hôpital. »

A l'autopsie, on trouva çà et là dans les poumons, *quelques petits abcès circonscrits, remplis de pus bien élaboré;—d'anciennes traces de péritonite; —les parois de la vessie plus dures que dans l'état normal;—la moelle épinière diffluente vers le milieu de*

la région dorsale, et plus bas convertie en un liquide crémeux.

« Entre la moelle et ses membranes, et entre celles-ci et le canal osseux vertébral, existe une quantité notable d'un liquide purulent, fétide, qui communique par les trous de conjugaison avec les larges plaies qui ont suivi la chute des escarres des lombes et du sacrum.

« Les muscles de la cuisse sont atrophiés; ils sont infiltrés d'un liquide séro-purulent, dans lequel baignent les deux fragments du fémur fracturé. Ces fragments se sont déplacés et chevauchent l'un sur l'autre, de manière que l'inférieur est en arrière et en dedans du supérieur; ils sont réunis entre eux par une masse résistante dans divers points, encore molle et facile à couper dans quelques autres. Cette masse paraît constituée par d'anciens caillots de sang dépouillé presque entièrement de sa matière colorante, dont on ne trouve que çà et là quelques traces. Quelques parties cèdent facilement à l'action du bistouri; d'autres résistent et crient à l'instar de fibro-cartilages; d'autres enfin, plus résistantes encore, offrent des dépôts de petits cristaux calcaires, déposés entre les fibres parallèles du tissu. Quelques débris de périoste entourent ces diverses parties, et présentent des traces d'une vascularisation très-prononcée, et un léger commencement d'ossification dans quelques points. Cette espèce de cal rudimentaire occupe surtout le côté par lequel les extrémités osseuses sont en contact, et le déborde un peu en avant et en arrière. Ces extrémités osseuses elles-mêmes sont amincies, et leur canal médullaire presque entièrement oblitéré.

« Les fragments de la fracture comminutive de la jambe sont dans un état de coaptation parfaite : ils sont entourés d'une matière molle de quelques lignes d'épaisseur seulement, dans laquelle il ne s'est effectué aucun travail de consolidation. Le périoste du tibia est un peu épaissi, et les muscles du mollet sont infiltrés d'un peu de sang. »

M. Reynaud arguë de l'absence complète du cal dans la fracture de la jambe pour prouver *l'influence puissante de la paralysie sur la consolidation des fractures.* On pourrait alléguer le travail déjà fort avancé autour de la fracture du fémur pour arriver à une conclusion toute différente; mais pour étudier un fait en pleine connaissance de cause, il convient d'abord de le mettre en regard des faits analogues. J'ai dit qu'ils étaient fort rares; voici en effet tous ceux que j'ai pu recueillir; j'extrais ce paragraphe du *Traité des fractures et des luxations* que j'imprime en ce moment.

« La paralysie a certainement une influence dont il importe de tenir compte. Dans un cas rapporté par Travers, il y avait à la fois fracture de l'humérus, fracture des vertèbres lombaires avec paralysie, et fracture de la jambe; la fracture de l'humérus se consolida dans le temps ordinaire, tandis que celle de la jambe ne se réunit point. Tuson a vu, sous l'influence d'une semblable paralysie, la consolidation manquer dans une fracture du péroné; et B. Phillips a constaté, au bout de cinq semaines, dans un cas analogue qui s'était terminé par la mort, que le travail de réparation n'avait pas même commencé. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il n'y ait aucune exception à cette règle; Busk a publié dans la *Gazette médicale de Londres*, année 1840, l'histoire d'un homme de 65 ans, paraplégique depuis plus de 20 ans, privé de tout mouvement et de toute sensibilité des membres inférieurs, et qui pourtant s'étant cassé la jambe gauche, l'avait parfaitement consolidée au bout de 5 semaines. »

On voit que la même contradiction se retrouve dans ces faits, comme nous l'avons signalée dans le fait de M. Reynaud. Faut-il en accuser simplement des idiosyncrasies individuelles? Mais déjà il en résulterait que l'influence de la paralysie serait toute secondaire, et soumise à ces idiosyncrasies. Peut-être y a-t-il une autre explication à donner; peut-être la fièvre traumatique, la suppuration, les abcès métastatiques auxquels a succombé le forçat de Toulon, rendent-ils compte en grande partie du retard observé dans la consolidation des deux fractures, sans que nous veuillons cependant nier toute influence du côté de la paralysie. Nous le répétons, la question est loin d'être vidée, et il serait à désirer qu'elle fixât l'attention de quelque jeune chirurgien qui, en fouillant plus avant dans les annales de la science, et recueillant un plus grand nombre de faits, arriverait certainement à des conclusions moins douteuses que celles auxquelles nous en sommes encore réduits.

(*Bulletin de Thérapeutique*).

LUXATION DE LA DEUXIÈME PHALANGE DU POUCE.

Nous trouvons, dans le compte rendu des séances de la *Société Pathologique* de Dublin, un fait de luxation compliquée de la phalangette du pouce, qui peut être enregistrée d'abord pour sa rareté; mais nous nous étonnons qu'aucun des membres de la Société n'ait fait la moindre observation sur le traitement un peu rigoureux suivi par le chirurgien. Le fait a été communiqué par M. Smith.

« C'était un cas de luxation du pouce, qui lui avait été envoyé par le chirurgien Brabazon, de Downpatrick. Tout le monde sait l'extrême difficulté que présente la réduction des luxations du pouce. Celle qu'on rencontre le plus

fréquemment est celle dans laquelle la première phalange est luxée sur le dos de l'os métacarpien. Dans le cas actuel, c'était la seconde phalange qui était luxée sur le dos de la première. L'accident était arrivé à un homme qui tenait un cheval par une longue bride; l'animal ayant fait un écart subit, l'homme fut jeté par terre, et la main heurta le sol de telle sorte qu'il se fit une luxation compliquée du pouce, la tête de la première phalange étant passée à travers les téguments. Le tendon fléchisseur était fortement déplacé, et se trouvait entre la première et la seconde phalange. Manifestement la réduction aurait été très-difficile, sinon impossible. M. Brabazon craignit que le tétanos n'en fût la suite; et en conséquence il préféra l'amputation, qu'il pratiqua en divisant la première phalange à l'aide d'une pince à résection. »

Procéder à l'amputation sans même tenter la réduction, c'est aller beaucoup trop vite en besogne. Les luxations des phalanges entre elles sont d'abord beaucoup moins difficiles à réduire que les luxations métacarpo-phalangiennes; nous renvoyons le lecteur à une note de M. Gerdy sur cette matière, que nous avons analysée, Tome 1er de ce journal, p. 85.

Obstétrique.

OBSERVATIONS DE DÉBRIDEMENT DE L'ORIFICE UTÉRIN PENDANT LE TRAVAIL; par M. *le docteur* HUBERT, *professeur d'accouchements à l'Université de Louvain.*

Le débridement de l'orifice utérin pendant le travail est quelquefois l'unique ressource laissée au praticien, lorsque quelque transformation fibreuse, cartilagineuse ou squirrheuse, s'oppose d'une manière absolue à la dilatation de cet orifice. Bien que la nature se soit quelquefois, en pareil cas, suffi à elle-même, et que des déchirures spontanées aient ouvert le passage au fœtus, ses efforts resteraient certainement le plus souvent impuissants si l'on ne venait à son secours, et les accidents les plus graves, la rupture de l'utérus par exemple, pourraient être la conséquence de l'inactivité de l'accoucheur. Il serait d'autant moins excusable de rester spectateur passif, que l'expérience a démontré l'innocuité ou le danger comparativement moindre des incisions pratiquées sur le col. Ce résultat, inattendu peut-être, a dû engager les praticiens à étendre l'application de ce moyen à certains autres états de l'orifice qui ne consistent pas dans une altération organique, mais dans une sorte de spasme invincible qui résiste à une attente prolongée et à l'emploi des moyens directs ou indirects qui finissent d'ordinaire par amener la dilatation; et à y recourir également dans certains cas d'une gravité extrême où la lenteur de la dilatation, qui n'eût point été ailleurs compromettante, prolonge la durée d'accidents mortels pour le fœtus ou pour la mère, sinon pour tous les deux à la fois. Rien n'est plus désirable assurément, dans un travail compliqué d'éclampsie, que la prompte déplétion de l'utérus; et s'il faut éviter d'employer, pour arriver à ce résultat, une violence qui aurait pour conséquence des désordres pour le moins aussi funestes que la maladie elle-même, il ne faut rien négliger de ce qui est possible sans danger pour la mère. Or, quand, à un certain degré de dilatation, la tête appuyant sur l'orifice, on peut espérer que la dilatation portée tout de suite un peu plus loin permettra l'application du forceps, un débridement fait avec prudence est quelquefois le seul moyen de salut pour l'enfant. M. le professeur Dubois en a sauvé ainsi, dont la mort eût été autrement certaine. Cette conduite a eu d'heureux imitateurs, et M. le docteur Hubert est du nombre, comme on le verra par l'extrait suivant de sa première observation.

OBS. I. — Une fille de 19 ans, très-robuste, primipare, dont les pieds étaient infiltrés, la face et les mains bouffies, fut prise, quelques heures après le début du travail, vers onze heures du soir, le 4 avril, de *convulsions éclamptiques*. Les accès convulsifs et l'état comateux alternaient sans intervalles lucides. Deux saignées, un bain, l'extrait de belladone sur l'orifice furent employés sans succès. Le 5, à deux heures de l'après-midi, l'état restait le même, quoique le volume de l'utérus eût été diminué par l'évacuation d'une partie du liquide amniotique. La dilatation ayant alors acquis la largeur d'une pièce de cinq francs, le docteur Hubert prit le parti de terminer l'accouchement. La version n'était pas absolument impossible sans doute : la tête, quoique basse, pouvait être soulevée facilement; une dilatation graduelle aurait sans doute permis de franchir l'orifice, mais ce n'eût pas été sans danger pour l'intégrité de cette partie, et au passage de la tête une déchirure fatale aurait pu s'opérer. M. Hubert préféra débrider l'orifice; deux petites incisions, l'une à gauche, l'autre à droite, furent pratiquées avec un long bistouri boutonné, *sans que la femme témoignât la moindre sensibilité*; après quoi le forceps fut appliqué, et bientôt fut extrait un garçon de 8 livres, dans un état apoplectique qui fut promptement dissipé. Huit accès eurent encore lieu après la délivrance, malgré la continuation d'un traitement énergique. Bientôt pourtant les accidents se dissipèrent; le 7, la connaissance

revint. Le vingtième jour, la guérison était complète.

Ainsi deux opérations, innocentes quand elles sont pratiquées avec prudence et habileté, ont conservé la vie à l'enfant. N'eût-elle pas été presque infailliblement compromise par toute autre conduite, et la version en particulier, qui eût été certainement funeste au fœtus, n'eût-elle pas, dans les conditions où se trouvait la mère, entraîné pour elle-même des dangers dont la main la plus habile n'eût peut-être pas su la préserver?

Dans le second cas, le docteur Hubert employa le débridement pour remédier à un *état insolite du col de la matrice*. Le succès fut également complet.

Obs. II. — Une femme de 40 ans, très-petite, mais bien conformée, en travail depuis le 24 mars 1844, présentait, indépendamment d'un léger resserrement du détroit supérieur, les dispositions suivantes : le col de l'utérus, dévié en arrière et à gauche, avait le volume et la longueur de la dernière phalange du petit doigt; il était presque aussi dur que si la femme n'eût pas été enceinte, et il était si exactement fermé, que c'était à peine si la pulpe du doigt indicateur pouvait reconnaître son orifice externe. L'étroitesse et la fermeté de sa base indiquaient enfin que son orifice interne n'avait guère subi les modifications que la grossesse lui imprime ordinairement.

La dernière époque menstruelle datait du 13 juin 1843; les mouvements de l'enfant se faisaient sentir depuis plus de quatre mois et demi.

Bien que les douleurs fussent prononcées et régulières, et que la femme semblât être à terme, au moins d'après les renseignements fournis, on essaya d'arrêter ce travail par l'administration du laudanum. Mais ce fut en vain. Le 28, le col était considérablement raccourci, effacé, et ne se présentait plus que sous la forme d'un bourrelet épais d'une ligne et demie à deux lignes. L'orifice encore fermé se laissait pourtant ouvrir par l'extrémité du doigt.

Après un calme presque complet de deux jours, les douleurs se réveillèrent le 31, et bien qu'elles eussent continué jusqu'au 3 avril sans autre interruption que celle qui marque leur intermittence normale, la dilatation n'avait fait que très-peu de progrès, puisque l'orifice n'avait encore que la largeur d'une pièce de cinq centimes.

Le 4 avril, à trois heures du matin, l'orifice était dilaté de deux pouces et demi; la femme était exténuée; une sorte de purée verdâtre sortait par la vulve.

Le même jour, à neuf heures, l'orifice plus tendu et plus exactement appliqué sur le crâne offrait une dilatation d'un demi-pouce moins considérable que six heures auparavant. La fatigue et le découragement de la malade étaient tels que le docteur Hubert se décida à terminer l'accouchement; et, comme dans le cas précédent, il préféra à la version le débridement de l'orifice suivi de l'application du forceps.

Le débridement fut pratiqué comme dans le premier cas, et *la douleur fut si minime* que la patiente ne jeta pas un cri. — La tête ne fut entraînée qu'après des tractions assez fortes. L'enfant, garçon de 5 livres, était dans un état de mort apparente, qui fut promptement dissipé. — Les suites de couches furent tout à fait naturelles.

(*Annales de la Société de Médecine d'Anvers. Août* 1844.)

Plus d'une réflexion se présente à l'esprit à la lecture de cette observation. Je m'abstiendrai, néanmoins, de toute remarque qui s'éloignerait du but pratique que j'ai eu en vue en reproduisant ici les deux observations du professeur Hubert. Il en est une toutefois qui se rattache trop directement au sujet pour être passée sous silence. Quoique le col de l'utérus, dans l'état de vacuité au moins, puisse, d'après les observations nombreuses de M. Jobert, subir des lésions importantes et en particulier la cautérisation avec le fer rouge sans manifester de sensibilité, on a pourtant remarqué, et j'ai eu moi-même l'occasion de faire cette remarque, que les sections faites sur l'orifice dans l'état de grossesse, au moment du travail, produisent de vives douleurs. Dans le premier cas du docteur Hubert, la femme n'a pas témoigné la moindre sensibilité; dans le second, la douleur paraît avoir été très-minime. Sur ce point donc, à savoir la sensibilité du col utérin dans l'état de grossesse, tout n'est pas dit encore, et de nouveaux faits sont nécessaires à l'élucidation de la question.

Pharmacologie chirurgicale.

PRÉPARATION DU CAUSTIQUE DE FILHOS OU CAUSTIQUE DE VIENNE EN CYLINDRES; *par* M. F. BOUDET.

On sait que pour porter la potasse caustique à de grandes profondeurs, Dupuytren avait fait fondre des trochisques de potasse pure, fixés sur un long porte-crayon, et qu'il appliquait par la pointe ou par la base, selon la configuration de la surface à cautériser. M. Mayor avait simplifié ce procédé, en usant tout simplement de potasse coulée en cylindres, laquelle, en se fondant au contact des

chairs, prenait d'elle-même la forme conique, très-favorable pour l'enfoncer profondément.

La potasse pure, à raison des inconvénients de son emploi, a été à peu près généralement remplacée par le caustique de Vienne, qui est un mélange de potasse et de chaux. Dans l'origine, ce caustique ne s'appliquait qu'en poudre, dont on faisait une pâte étalée sur les parties à cautériser à l'aide d'une spatule d'argent. M. Filhos a imaginé le premier de la couler en cylindres, pour s'en servir dans les mêmes occasions où Dupuytren et M. Mayor employaient la potasse solidifiée. Mais cette préparation offrait certaines difficultés que les pharmaciens ne parvenaient pas toujours à surmonter; M. F. Boudet a étudié avec soin les circonstances pratiques les plus propres à en assurer le succès, et nous reproduirons son intéressant article, d'après le *Journal de pharmacie*. Il convient toutefois de faire remarquer que M. Boudet a notablement modifié les proportions relatives de la potasse et de la chaux, qui, dans la poudre de Vienne, sont de 5 parties de la première, sur 6 de la seconde.

« Les cylindres de caustique les plus usités ont en général 6 millimètres à un centimètre de diamètre en dedans du tube de plomb qui les renferme; quelquefois cependant on en emploie de 15 à 18 millimètres de diamètre. La longueur varie entre 12 et 18 centimètres. Pour préparer ces cylindres, on se procure des tubes de plomb de 1 à 2 mètres de long, que l'on coupe au moyen d'une corde attachée par ses deux extrémités à un point fixe, et enroulée autour du tube à l'endroit où on veut le couper. En opérant de cette manière, les parois du tube se trouvent rabattues vers le centre, et il ne reste plus qu'une étroite ouverture, que l'on ferme facilement ensuite à l'aide d'un marteau, et d'un mandrin introduit dans le tube. Cette opération doit être faite avec beaucoup de soin, car la plus légère fissure dans les tubes les mettrait hors de service une fois qu'ils seraient remplis de caustique.

« Les tubes étant ainsi disposés, on les enfonce dans du grès ou de la terre humide, à 3 centimètres de distance l'un de l'autre, et de telle sorte que leur extrémité ouverte dépasse très-légèrement le niveau du grès.

« On procède alors à la préparation du caustique de la manière suivante : Dans une cuiller de fer à bec et à manche, on met 120 grammes de potasse caustique à la chaux, et on chauffe vivement jusqu'à ce que la cuiller soit portée à la température rouge obscur, et que la potasse soit en fusion parfaitement tranquille; on ajoute alors, en deux ou trois fois, 40 grammes de chaux vive en poudre fine, et on opère le mélange avec une tige de fer; en un instant la chaux se divise parfaitement dans la potasse, sans que la fluidité de celle-ci diminue sensiblement; on verse alors le caustique dans les tubes jusqu'à ce qu'ils soient entièrement remplis, et on les laisse refroidir. Si, au lieu d'attendre que la potasse soit arrivée à la fusion ignée pour y ajouter la chaux, on l'ajoute de prime abord, l'opération est singulièrement gênée par la présence de cette poudre, qui rend l'ébullition de la matière tumultueuse, la fait monter par-dessus la cuiller, et retarde le moment où le mélange devient assez liquide pour être coulé sans difficulté.

« Dès que les tubes sont refroidis, on régularise leur extrémité supérieure, et on râpe toute leur surface, afin de diminuer autant que possible l'épaisseur de leurs parois en évitant bien de les percer; car, s'ils présentaient la plus légère solution de continuité, ils seraient tout à fait perdus. La soudure des plombiers elle-même ne saurait servir à les réparer d'une manière durable.

« Pour les conserver, on les enferme, l'ouverture en bas, dans des tubes de verre épais ou de cristal bouchés, soit en liége, soit à l'émeri, et garnis au fond d'un lit de 1 à 2 centimètres de chaux vive en poudre, destinée à maintenir toujours à l'état sec la surface découverte du caustique. On interpose d'ailleurs un lit de coton entre le bouchon et le cylindre, afin de le maintenir fixe dans le tube.

« Pour se servir de ce caustique, on en découvre la longueur que l'on désire, soit à l'extrémité, soit sur le côté, en entaillant le plomb avec un couteau. »

BULLETIN CLINIQUE.

FRACTURE DU COL ANATOMIQUE DE L'HUMÉRUS, *avec autopsie;* par M. GÉLY, *professeur à l'École préparatoire de médecine de Nantes.*

OBS.—Marie B..., âgée de 29 ans, fut placée dans l'asile des aliénés, en octobre 1838. Elle était affectée depuis plusieurs années de lypémanie. En août 1839, étant aux communs, elle se précipita ou tomba par négligence d'une hauteur de 3 à 4 mètres. Elle fut visitée par un élève peu de temps après l'accident. Celui-ci put constater une grave lésion à l'épaule gauche; le phénomène le plus apparent était la saillie d'une pointe osseuse, dirigée de bas en haut au-devant du moignon de l'épaule, un peu en dehors de l'espace cel-

luleux qui sépare les muscles destoïde et grand pectoral. Ce fragment était lié au corps de l'humérus dont il suivait tous les mouvements. Un épanchement considérable s'était produit sous la peau, et ne permettait pas de sentir autre chose que l'extrémité aiguë de cette portion de l'humérus, laquelle n'était séparée du doigt que par l'épaisseur de la peau. Les tentatives de réduction, extrêmement douloureuses, ne faisaient disparaître que fort incomplétement la saillie osseuse, laquelle reparaissait aussitôt qu'on abandonnait le bras ou qu'on le rapprochait du tronc. D'autre part, on trouvait dans le creux de l'aisselle et vers son bord antérieur, une tumeur dure qui semblait se continuer avec la tête de l'humérus. Le médecin de l'établissement, profitant de l'état de collapsus complet où était tombée cette fille après sa chute, fit laisser le bras dans un repos absolu pendant cinq à six jours, en se bornant à le placer sur un oreiller, et à le couvrir d'applications résolutives. Au bout de ce temps, le gonflement ayant disparu, on appliqua l'appareil ordinaire des fractures du col de l'humérus ; mais il fut complétement impuissant à maintenir la réduction des fragments et particulièrement à empêcher l'ascension du fragment inférieur.

Appelé auprès de la malade, dix à douze jours après l'accident, je constatai les phénomènes suivants :

Déformation de l'épaule gauche, dont le diamètre antéro-postérieur est augmenté par suite de l'empâtement de la région sous-acromio-claviculaire ; ecchymose très-prononcée dans ce point. Le fragment osseux, dirigé de bas en haut contre la peau de cette région, est tellement pointu qu'il a pénétré dans l'épaisseur du derme et qu'on le sent presque à nu sous le doigt. Il existe même une véritable adhérence entre ces deux parties, en sorte que la peau suit les mouvements imprimés au fragment osseux. Des efforts modérés d'extension exercés sur le bras ne déplacent point cette saillie osseuse, bien qu'elle soit visiblement continue avec le corps de l'humérus. Le deltoïde n'est point sensiblement déprimé. Dans l'aisselle on sent que le corps de l'humérus se dirige plus en avant que de coutume. Il existe une tuméfaction dure, profonde, dans l'espace qui s'étend de la cavité glénoïde à l'angle antérieur de l'aisselle. On ne sent ni l'extrémité du fragment inférieur ni rien qui appartienne à ce fragment.

Ces symptômes différaient trop de ceux qui accompagnent la fracture du col chirurgical, pour ne pas nous donner à penser que celle-ci avait lieu plus haut, et que le col anatomique lui-même avait été intéressé par une division très-oblique. En cherchant à établir quelques probabilités à cet égard, nous fûmes conduits à présumer que la fracture avait une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, telle que le fragment supérieur n'aurait été formé que par la partie articulaire et la grande tubérosité donnant attache aux muscles sus-épineux, sous-épineux, et petit rond, tandis que le fragment inférieur, représenté par le corps de l'humérus, était terminé en avant par un biseau représentant tout ou partie de la grosse tubérosité et des attaches du préscapulaire. Le mode de déplacement du fragment inférieur était facile à constater; porté au dedans par les muscles pectoraux, il était soulevé par le coraco-brachial et le biceps. Quant à la direction suivie par le fragment supérieur, elle était plus difficile à déterminer. La première idée qui se présentait était celle de son renversement en dehors et en haut par l'action des muscles qui s'insèrent à la grosse tubérosité. Mais il était facile de comprendre que cette marche pouvait avoir été contrariée par plusieurs circonstances, telles que la direction du choc, l'engrenage des fragments, la déchirure plus ou moins complète de tel faisceau musculaire ou tendineux. En s'en rapportant uniquement aux symptômes observés, on devait croire qu'il y avait un rapprochement assez intime entre les os, et que, par suite, le fragment supérieur ne s'était pas sensiblement dévié en dehors. C'est en effet ce que pouvait faire supposer l'empâtement de la partie antérieure de l'aisselle, établissant une continuité manifeste entre la tête de l'humérus et le corps de l'os porté en avant.

Il ne nous parut pas rationnel de faire de nouvelles tentatives de réduction, qui n'auraient été en définitive, vu l'époque où nous étions arrivés, qu'une véritable rupture de cal, celui-ci, bien que mou, étant assez résistant pour s'opposer à la séparation des fragments sous l'empire d'une force modérée. En dehors des dangers qui pouvaient suivre une pareille tentative, il existait des raisons particulières tirées de l'état d'aliénation où se trouvait la malade, suffisantes pour faire accepter les événements accomplis. Une seule indication importante se présentait. Elle commandait d'empêcher la perforation de la peau par le fragment inférieur. Nous essayâmes de la remplir de la manière suivante :

Un coussin long de 20 centimètres, large de 8, fut placé dans l'espace qui sépare l'aisselle de la crête iliaque, afin de remplir le creux du flanc et de former une base en ligne droite à la pièce principale de l'appareil. Ce coussin fut solidement fixé par des tours de bande. On construisit ensuite à l'aide de trois attelles un triangle solide, destiné à opérer une sorte d'extension continue sur le bras. Les trois attelles étaient clouées à plat

par leurs extrémités. L'une d'elles, d'un tiers plus longue que les deux autres, formait la base du triangle, dont l'angle opposé était un peu plus ouvert qu'un angle droit. Cette espèce de pupitre fut appliqué de la manière suivante. Sa base, reposant sur le coussin latéral, y fut solidement fixée par de nombreux tours de bande. Son angle supérieur, fortement matelassé, occupait l'aisselle transversalement. Un des petits côtés du triangle garni d'un coussin servit d'attelle interne au bras qu'il écartait du tronc. Le sommet du triangle, dirigé en dehors, occupait le pli du coude écarté du tronc de 12 centimètres. Enfin l'avant-bras ramené dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension, fut couché le long de la troisième attelle du triangle et fixé dans cette position. L'angle inférieur de ce dernier arrivait jusqu'à la crête iliaque. Le bras et l'avant-bras convenablement garantis par des coussins, furent fixés par des tours de bande dans la position indiquée. Cette machine exerçait sur les fragments une véritable extension continue à l'aide du mécanisme suivant : L'angle supérieur prenait un point d'appui sur l'omoplate, au-dessous de la cavité glénoïde, et soutenait ainsi le fragment supérieur confondu pour ainsi dire avec l'articulation de l'épaule, tandis que l'angle externe logé dans le pli du coude servait à repousser en bas les deux os de l'avant-bras et par conséquent le fragment inférieur de l'os. La longueur de l'attelle humérale avait été calculée de façon à produire cet effet d'une manière satisfaisante. La malade fut maintenue sur un lit très-plat, mais le coude soulevé par un coussin, afin de porter en arrière le fragment saillant sous la peau. L'effet de cet appareil parut satisfaisant en ce qu'il entravait définitivement le mouvement d'ascension du fragment inférieur. Il fut réappliqué aussi souvent que cela parut nécessaire pour maintenir son action. Du reste, l'immobilité de la malade vint puissamment seconder nos efforts dans cette grave circonstance.

Vers le vingt-cinquième jour, il fut facile de constater que la peau redevenait mobile sur la pointe du fragment osseux, laquelle paraissait beaucoup moins aiguë. Le bandage fut définitivement enlevé le 7 juillet, cinquante jours après l'accident et quarante à partir de l'application de notre appareil. Voici ce qui fut constaté :

Le membre est visiblement atrophié, mais l'épaule conserve, au contraire, un volume considérable. Des traces d'ecchymose s'y rencontrent encore. La peau a gardé une certaine adhérence au niveau du fragment osseux. La saillie formée par ce fragment n'est guère moins forte qu'elle n'était au début; mais il a été soumis à une absorption assez active, qui lui a fait perdre une partie de son volume; sa pointe est surtout manifestement moins aiguë. Il y a du reste une consolidation complète entre les fragments. En portant les doigts dans l'aisselle, on sent rouler la tête de l'humérus quand on imprime des mouvements à son extrémité inférieure. On reconnaît aussi distinctement le cal qui les unit, lequel occupe l'angle antérieur de l'aisselle et traverse le deltoïde; les mouvements sont douloureux et assez bornés.

Quinze mois après cette époque, l'état n'était pas sensiblement changé. Il y avait seulement un peu plus de mobilité et une diminution notable de la pointe osseuse. C'est dans ces conditions que la malade fut examinée par M. le baron Larrey et par son fils, qui visitaient notre hôpital général. Après la guérison de la fracture, la malade était restée plongée dans un état d'immobilité et d'abattement complet. Plus tard elle présenta des signes d'une affection pulmonaire chronique, et succomba enfin, en 1840, à une phthisie tuberculeuse, dans le marasme le plus complet.

Examen des parties.

Le muscle deltoïde atrophié est soulevé et perforé en avant par le fragment inférieur de l'humérus. Une couche fibreuse mince recouvre le sommet de ce fragment auquel elle adhère fortement. Le coraco-brachial et la courte portion du biceps, qui se rendent à l'apophyse coracoïde, sont placés immédiatement au côté interne de ce fragment. La longue portion du biceps paraît avoir été rompue dans sa gouttière fibreuse, à laquelle adhérent les deux bouts isolés.

Les vaisseaux et les nerfs axillaires, qui passent en arrière de ces deux faisceaux musculeux, ne présentent rien d'extraordinaire.

L'humérus présente une fracture très-rapprochée de son col anatomique. Elle est cependant située quelques lignes plus bas, de manière à laisser annexées à la poulie articulaire les facettes des deux tubérosités sur lesquelles s'attachent le préscapulaire, le sus-épineux, le sous-épineux et le petit rond. Tous ces muscles ont donc conservé leur attache sur le fragment supérieur. La fracture présente à peu près la même direction que le plan du col anatomique, c'est-à-dire qu'elle est oblique en bas et en dedans. Le fragment supérieur est spécialement formé par la tête articulaire; le fragment inférieur, au contraire, appartient exclusivement à la portion supérieure et externe de la diaphyse humérale. Ce fragment est taillé en biseau aux dépens de sa face interne. Son sommet, terminé par un cône tronqué, a été arrondi par l'absorption molécu-

laire. On voit sur sa face antérieure le sillon qui loge le tendon du biceps, sillon qui ne remonte pas jusqu'au sommet du fragment. Celui-ci paraît répondre, en effet, à la partie la plus élevée, et par conséquent la plus externe de la grosse tubérosité humérale.

Les deux fragments sont placés respectivement dans la position suivante : Celui qui est constitué par la tête articulaire a roulé dans la cavité glénoïde, de façon à diriger un peu en avant sa portion inférieure et externe, ce qui fait que les deux tiers environ de la tête articulaire font saillie en arrière de la cavité glénoïde sous le ligament capsulaire.

Ce genre de déplacement doit-il être attribué à l'action musculaire, ou bien à l'entraînement opéré par le fragment inférieur au moment du choc, et à l'existence d'une sorte d'engrenage ou de quelques brides fibreuses propres à maintenir ce genre de chevauchement? Nous pencherions plus volontiers vers cette dernière supposition. Le fragment inférieur, d'abord poussé en haut et en avant par la direction du choc qui lui a fait traverser le deltoïde, a été secondairement maintenu dans cette situation par l'action du coraco-brachial, du biceps et même du deltoïde. Le chevauchement des deux os est tel que l'humérus repose sur le fragment capsulaire, plutôt par sa face interne recouverte du périoste, que par la surface de la fracture. Le raccourcissement qui résulte de cette condition doit être estimé à près de 2 centimètres.

Les os sont profondément altérés dans leur structure. Ils sont minces, semi-transparents, infiltrés de graisse; ils ont perdu peut-être la moitié de leur poids. — Cette altération ne s'est-elle produite que depuis la fracture? a-t-elle au contraire joué le rôle de cause prédisposante, par rapport à celle-ci? C'est ce qu'il est difficile de décider.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt, en ce qu'elle a trait à une lésion tour à tour admise et niée par les observateurs, et sur laquelle il importe de recueillir le plus de faits positifs qu'il sera possible. Nous la déposons dans les archives de la science, comme une pierre d'attente, pour le moment où, de nouveaux matériaux ayant été recueillis, il sera permis de les comparer et d'en tirer les premières bases d'une histoire de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, laquelle manque encore complétement dans la science.

—M. Gély ayant bien voulu nous confier la pièce anatomique, nous ajouterons deux circonstances à sa description. D'abord, la rotation de la tête humérale en arrière est accompagnée par la rotation correspondante de l'humérus en dedans; et puis, ce qui a retenu le fragment supérieur dans sa position, malgré l'action des muscles qui auraient dû le renverser en dehors et en haut, c'est que l'angle interne du fragment inférieur était engagé dans le tissu spongieux de la tête humérale. Cet engagement, qu'on voit très-bien sur l'os scié en deux, paraît avoir au moins un centimètre de profondeur; mais le cal qui a relié les deux fragments en constitue probablement la plus grande partie, ce qui n'empêche pas l'engrenage réciproque d'avoir été assez prononcé.

Il est très vrai, d'ailleurs, que la fracture du col huméral, bien qu'assez fréquente, est restée très-négligée et très-obscure jusqu'à ce jour; le *Journal de chirurgie* essayera de combler cette lacune dans les premiers numéros de l'année prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES MALADIES DES OVAIRES; *par Achille* CHEREAU; *Paris, chez Fortin, Masson et Cie*. 1844. In-8°, 1er *Mémoire*.

Il est peu d'organes qui aient, autant que les ovaires, exercé la patience des anatomistes et la sagacité des physiologistes. Les vésicules ovariennes surtout ont été l'objet de recherches multipliées; la découverte de l'ovule à l'intérieur de la vésicule est un des plus beaux faits anatomiques dont puisse s'enorgueillir la science moderne. Ainsi les mammifères et l'espèce humaine en particulier rentrent dans la grande loi générale de la production d'œufs chez la femelle, toutes les fois que la génération a lieu par la réunion de deux individus de sexe différent. L'inspection des ovaires chez des femmes mortes pendant l'écoulement menstruel ont conduit à un résultat plus curieux et plus important encore. A chaque époque une vésicule se gonfle, crève, laisse échapper l'ovule mûr qu'elle contient, lequel est saisi par la trompe, conduit dans l'utérus, et rejeté au dehors avec le sang qui s'écoule pour débarrasser les organes génitaux de la congestion produite par le travail ovarique. Ainsi, périodiquement, un ou plusieurs ovules arrivent à maturité, et sont expulsés par une sorte de ponte quand ils n'ont pas subi l'action fécondante du liquide séminal. Périodiquement aussi, une évacuation sanguine a lieu par les organes génitaux, évacution véritablement critique, indispensable à la déplétion

des organes momentanément engorgés. Il y a une corrélation intime, que dis-je? une dépendance absolue entre ces deux phénomènes ; l'un profond, caché, le travail de la vésicule ovarienne; l'autre patent, extérieur, l'écoulement du sang par la vulve : le premier essentiel, principal ; le second accessoire, tout à fait secondaire ; le premier pouvant exister seul, le second jamais sans le premier. On voit quel rôle important, outre celui de la fécondation, la physiologie moderne fait jouer aux ovaires. Elle n'est pas arrivée à de si belles découvertes sans le concours d'un grand nombre de travailleurs. L'Allemagne, la France, l'Angleterre ont fourni leur contingent. Les médecins praticiens aussi bien que les anatomistes et physiologistes nous ont apporté, chacun de son côté, le fruit de leurs recherches. Peu à peu les idées, qui germaient à la fois en plusieurs lieux, sont arrivées à maturité, et plusieurs lieux les ont vues éclore.

Il n'était pas permis d'entreprendre une série de mémoires sur les maladies des ovaires sans les faire précéder d'une sorte de préface anatomico-physiologique. La pathologie de ces organes a dû gagner et devra gagner encore à la connaissance plus parfaite de leur structure et de leurs fonctions. Qu'est le rôle rare et quelquefois nul qu'on leur avait attribué jusqu'ici, en comparaison de l'activité périodique à intervalles rapprochés que la théorie moderne leur assigne? Et combien une telle activité n'est-elle pas propre au développement des maladies! D'ailleurs toutes ces notions nouvelles sont éparses en mille ouvrages différents, difficilement accessibles, par conséquent, à la masse des lecteurs, et rien n'est plus propre à les vulgariser qu'un résumé complet, à la fois historique et didactique. Nous félicitons M. Chereau d'avoir fait concourir à la composition de ce résumé les nombreux matériaux que les littératures anciennes et modernes, nationales et étrangères pouvaient lui fournir; nous le félicitons du soin qu'il a apporté dans le choix de ces matériaux, des efforts qu'il a faits pour déterminer les droits et le mérite de chacun dans une série de découvertes qui ont, sur un point important, changé la face de la physiologie. Peut-être a-t-il admis toutefois un peu facilement les prétentions de Plagge à la priorité de la découverte de l'ovule non fécondé dans la vésicule graafienne. Le mérite de cette découverte nous paraît appartenir plutôt à Baër, comme l'a démontré Bischoff, dont l'opinion en ces sortes de matières a une autorité reconnue de tous les physiologistes. Après les préliminaires physiologiques, l'auteur entre dans le sujet même qu'il se propose de traiter. Les maladies auxquelles les ovaires sont sujets sont énumérées, leur grand nombre et leur fréquence expliqués, les différents moyens d'exploration employés pour les reconnaître exposés en ce qu'ils ont de spécial : le palper abdominal, la percussion, l'auscultation, la mensuration, le toucher vaginal, le toucher rectal dont M. Chereau fait ressortir l'importance particulière dans le diagnostic des tumeurs de l'ovaire encore contenues dans l'excavation pelvienne.

L'agénésie et les vices de conformation sont ensuite décrits ; après quoi l'auteur passe à l'histoire de l'ovarite, dont il indique les espèces, les caractères anatomiques, les symptômes suivant le degré, les terminaisons, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Cette histoire, principal chapitre de ce précieux mémoire, a tout l'intérêt qu'une exposition didactique peut recevoir du récit de faits choisis propres à élucider les points obscurs ou contestables. Cette première partie d'un travail destiné à paraître en fascicules, à des intervalles qui seront, nous l'espérons, le plus courts possible, nous fait bien augurer de l'œuvre entière. M. Chereau nous paraît être dans les conditions requises pour l'accomplir au grand avantage du public médical. Riche d'observations nombreuses qui lui sont propres, il peut puiser à toutes les sources originales, et rassembler sans peine les matériaux nécessaires à l'érection d'un édifice complet. Le bon esprit dont il fait preuve, et qui révèle le maître habile qui l'a formé, le soutiendra dans cette tâche un peu longue, mais qui ne nous paraît pas au-dessus de ses forces. A. D.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—16 *septembre*.—M. Maisonneuve adresse une observation d'*entérotomie pratiquée dans un cas d'étranglement interne*. — Nous l'avons rapportée dans la *Revue critique*.

Académie de médecine.—10 *septembre*.—M. Dupuy lit une *Note sur l'extirpation des ganglions cervicaux supérieurs du nerf grand sympathique sur le cheval*.—De ces expériences faites en commun avec Dupuytren en 1806, il résulte que ces ganglions sont insensibles; le seul résultat apparent était une inflammation de la conjonctive avec diminution du volume du globe oculaire; encore M. Dupuy rattache ces accidents à l'influence des nerfs de la cinquième paire qui communiquent avec les ganglions cervicaux supérieurs.

17 *septembre*.—M. Blaquière, de Mexico, adresse l'observation d'un enfant qui eut la tête traversée par une balle de pistolet d'une région temporale à l'autre. Vingt jours se passèrent sans trouble des facultés intellectuelles et sensoriales, et sans phénomènes alarmants; mais ensuite il survint des symptômes graves et l'enfant succomba. L'autopsie fit voir que la balle avait traversé les deux lobes antérieurs du cerveau.

—M. Bonnafont lit un *Mémoire sur les polypes de l'oreille.* Il distingue ceux qui naissent sur les parois du conduit auditif et ceux qui s'implantent sur la membrane du tympan; ces derniers ont un pédicule plus large que les autres. Quand on attire légèrement avec une érigne un polype qui siége près ou sur la membrane du tympan, le malade éprouve une sensation qui longe le côté correspondant de la base de la langue, et qu'il compare à celle qui résulterait de l'application d'un corps froid et un peu aigrelet; cette sensation se change en une douleur très-vive quand on fait la section du polype. Si après cette section on cautérise avec le nitrate d'argent, il y a une douleur vive à l'angle externe de l'œil correspondant, avec écoulement de larmes. Pourquoi la douleur sympathique se fait-elle sentir à la langue durant la section, à l'œil lors de la cautérisation? M. Bonnafont a constaté le fait sans chercher à l'expliquer.

24 *septembre*.—L'Académie procède à la nomination de la commission chargée d'examiner les travaux envoyés pour le prix d'Argenteuil. On sait que ce prix, d'une valeur de près de dix mille francs, et qui ne doit être décerné que tous les six ans, est institué en faveur de celui qui aura fait faire le plus grand progrès au traitement des maladies des voies urinaires, et plus particulièrement des rétrécissements de l'urètre. La commission, composée de neuf membres et nommée au scrutin, est ainsi constituée: MM. Jobert, Amussat, Villeneuve, Bérard, Lagneau, Bégin, Ségalas, Civiale, Jourdan.

1er *octobre*. — M. A. Bérard fait un rapport sur une *Observation d'expulsion spontanée de l'os hyoïde,* adressée par M. le docteur Rosat de Bordeaux. La description donnée par l'auteur et une planche annexée à son travail ne laissent aucun doute sur la nature de l'os expulsé; c'est bien l'os hyoïde, carié ou plutôt nécrosé. La malade, âgée de 41 ans, a guéri. Seulement la forme du cou a été modifiée; la région hyoïdienne est aplatie et comme élargie; on sent à la place de l'os une légère tuméfaction souple et comme élastique; il reste un certain embarras dans la déglutition; mais la voix est conservée avec son timbre normal.—Renvoi au comité de publication.

—Par ordonnances royales, une chaire de médecine opératoire et une deuxième chaire de clinique interne viennent d'être créées dans la Faculté de médecine de Strasbourg. M. Marchal fils a été nommé à la première, et M. Schützenberger à la seconde.

—La *Gazette des hôpitaux* du 5 octobre cite un cas de fracture de la clavicule, par action musculaire, sur une femme jeune et robuste, n'ayant jamais eu la vérole ni pris de mercure, et allaitant son enfant qui a neuf mois. Elle était couchée; ce fut en attirant vivement son mari à elle pour le faire coucher qu'elle se rompit la clavicule droite. C'est un cas rare, bien que l'on en connaisse quelques exemples.

—On ignore généralement que c'est à Desgranges, de Lyon, que nous devons la spatule de nos trousses, terminée d'un côté en feuille de myrte et de l'autre en élévatoire. Il remporta le prix de l'Académie royale de chirurgie en 1787; Louis, en rendant compte de ce mémoire, ajouta la note suivante, qui était certainement inconnue à M. Vidal de Cassis:

« On pourrait ajouter une petite perfection, laquelle, sans rien ôter à l'instrument de ses avantages communs, le rendrait fort utile en quelques occasions. *Il m'a paru qu'une cannelure dans la longueur de la vive-arête qui est au milieu de la face externe ou supérieure de la feuille de myrte lui donnerait les avantages d'une sonde ailée pour faire avec sûreté une incision, ou débrider un étranglement en différents cas.* »

—TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES *et des opérations qui leur conviennent,* par le baron BOYER, 5e édit., publiée par le baron PH. BOYER. Cette nouvelle édition a été mise au niveau de la science par M. PH. BOYER, qui a ajouté des notes sans toucher au texte de l'auteur. L'ouvrage entier aura 6 volumes, de 800 pages chacun, paraissant de trois mois en trois mois. —Le premier volume est en vente.—On souscrit chez *Labé,* éditeur, place de l'École-de-Médecine, n° 4. — Le prix de chaque volume pour les souscripteurs est de 8 francs.

—LETTRES A UN MÉDECIN DE VILLAGE *sur divers sujets de médecine et de chirurgie,* par M. ESPEZEL.—Première lettre : *De l'action hyposthénisante du seigle ergoté,* in-8° de 61 p. Montpellier, chez *Castel,* libraire.—Prix : 1 franc.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

NOVEMBRE 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie, *et spécialement de la myotomie rachidienne, dans le traitement des déviations latérales de l'épine*, lu à l'Académie royale de médecine, le 2 avril 1844, *par* **M. Malgaigne** (1).

Réalité dans la science,
Moralité dans l'art.

I. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Je viens soumettre au jugement de l'Académie les résultats d'un travail long et pénible, sur l'une des questions les plus litigieuses et les plus importantes de l'art chirurgical. Question déjà soulevée plusieurs fois, plusieurs fois résolue en sens contraires, et sur laquelle les praticiens sont surtout restés partagés, parce que le débat se soutenait plutôt avec des raisonnements qu'avec des faits. La manière même dont l'orthopédie est

(1) Ce Mémoire, comme on sait, avait été renvoyé à une commission composée de MM. Roux, Baudelocque et Velpeau. Après une enquête laborieuse qui n'a pas duré moins de cinq mois, après avoir visité tous les malades qu'il lui a été permis de visiter, et obtenu sur quelques autres tous les renseignements possibles, la commission, par l'organe de son rapporteur, est venue déclarer devant l'Académie que les observations de M. Malgaigne, *à part quelques faits de détail d'un intérêt très-secondaire, sont parfaitement exactes.* Enfin, après un débat so-

encore constituée parmi nous semblait défendre en quelque sorte aux faits de se produire ; pour les familles obligées de recourir aux établissements particuliers, la nature de l'affection est un malheur qui réclame le secret le plus impénétrable ; l'insuffisance de la cure est un secret plus redoutable encore. Il faut donc avant tout rendre grâce au Conseil général des hôpitaux pour avoir institué un service public consacré au traitement de ces difformités, et nous féliciter ensuite que le médecin chargé de ce service, en publiant ses résultats, ait donné à tous le droit de les vérifier.

Quelques mots sont nécessaires pour rappeler ici l'état de la question. En 1837, lors d'un concours célèbre, l'auteur couronné, qui n'appliquait pas encore la myotomie, annonçait que les déviations du 1er degré *guérissent presque toujours* COMPLÉTEMENT, et que *presque toutes les déviations du deuxième degré sont* COMPLÉTEMENT *curables* (1). Mais, deux années plus tard, la myotomie étant trouvée, il avait beaucoup modifié ses premières déclarations ; *toutes les personnes*, disait-il, *qui se sont livrées à cette branche de l'art de guérir savent combien les résultats étaient longs et difficiles à obtenir, et combien peu de ces résultats étaient complets.* L'opération nouvelle promettait de changer radicalement cet état des choses ; car l'intrépide orthopédiste écrivait en même temps à l'Académie royale des sciences qu'il avait pratiqué déjà douze fois la myotomie rachidienne, pour des déviations *du 2e et du 3e degré, avec torsion de la colonne et gibbosité proportionnées ;* et pour *toutes*, il avait pu *poursuivre avec un succès constant le traitement par les appareils mécaniques.* Et ces résultats n'étaient pas seulement avantageux pour l'art ; ils devaient servir à décider en outre une question scientifique d'une haute portée, savoir : que *le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine sont le produit de la rétraction musculaire active* (2).

L'Académie se souvient des discussions plus d'une fois renouvelées dans son enceinte par M. Bouvier, partisan d'une doctrine tout opposée. M. Bouvier avait même rapporté six observations de jeunes filles traitées sans succès par la myotomie rachidienne ; mais comme nulle opération ne réussit toujours, ce petit nombre d'insuccès, sans démontrer péremptoirement l'inefficacité de la méthode, faisait seulement désirer avec plus d'impatience que l'auteur lui-même publiât l'histoire de ses opérations. Nous n'avons pas eu jusqu'à présent satisfaction complète à cet égard ; les faits sont restés inédits ; mais les résultats de quatre années de pratique ont été formulés par des chiffres qu'il convient de rappeler.

Du 1er août 1839 au 1er juillet 1843, il y avait donc eu de traitées à l'hôpital des Enfants, soit dans le service, soit à la consultation, 57 déviations de l'épine ; je ne parle, bien entendu, que des traitements complets.

Sur ces 57 cas on comptait :

24 guérisons complètes,
28 améliorations,
4 cas sans amélioration,
1 mort.

Cela promettait une mine abondante à ceux qui auraient le courage de l'exploiter.

---

lennel qui n'a pas duré moins de deux séances, l'Académie a voté des remercîments à l'auteur et l'insertion du Mémoire dans le Bulletin officiel de ses séances ; et les circonstances qui ont précédé et accompagné ce vote en relèvent encore la signification. (*Voir* aux *Académies*.) Pour nous, satisfait de ce jugement, il nous reste à porter devant nos lecteurs la pièce principale de ce grand débat, afin qu'eux aussi puissent se prononcer en toute connaissance de cause. Nous donnons donc notre Mémoire tel qu'il a été présenté à l'Académie, nous réservant seulement d'indiquer dans de courtes notes les rectifications amenées par l'enquête de la commission.

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 535, 2e colonne.

(2) *Gazette médicale*, p. 401, 1re colonne.

Je ne tardai pas à me mettre à l'œuvre ; et, malgré des difficultés de tout genre, je crois avoir poussé mes investigations assez loin pour en faire sortir quelque chose de sérieux.

Le premier point était de retrouver les malades. Plusieurs avaient quitté l'hôpital depuis près de 4 ans ; et, fussent-ils restés dans Paris, il était trop probable qu'on ne pourrait pas toujours en retrouver la trace. D'autres étaient venus des départements et y étaient retournés ; mais ce qui était le plus embarrassant, c'est qu'un assez grand nombre avaient été traités à la consultation et n'avaient laissé ni nom ni adresse. J'ai dû tout d'abord renoncer à l'espoir de retrouver ces derniers, et je me suis occupé de constater le véritable chiffre des déviations traitées dans le service même.

Les sujets entrés à l'hôpital et définitivement sortis au 1er juillet 1843 étaient au nombre de 42. Sur ces 42, 7 seulement ont échappé à mes recherches, mais il s'en faut de beaucoup que nous ayons cependant 35 observations à mettre en ligne. D'abord, vérification faite, 3 sujets étaient affectés non de déviations latérales, mais de courbures postérieures attribuées à une affection tuberculeuse. D'autres sujets ne pouvaient guère être considérés comme ayant suivi un traitement réel ou du moins suffisant, ayant quitté l'hôpital au bout de 15, 20, 30 et même 40 jours. Il y avait 7 cas de cette sorte, et de prime abord j'avais cru pouvoir les négliger. Mais considérant que, sur un sujet présenté à cette Académie, on avait promis une guérison complète au bout de 3 semaines ou un mois, bien que cette promesse eût été mise en oubli, je pensai qu'il était urgent de m'assurer si elle avait eu sa vérification ailleurs, et je me mis à la recherche de ces malades. Deux n'ont pu être retrouvés, mais ils n'étaient restés à l'hôpital que 13 et 20 jours ; ils n'étaient donc pas même dans la limite rigoureuse du temps requis pour les guérisons les plus rapides. Les cinq autres étaient dans le même état ou dans un état pire qu'avant leur entrée à l'hôpital, et j'ai cru, en conséquence, ne devoir tenir aucun compte de cette catégorie.

Cette double élimination réduisait notre chiffre à 32 sujets ; il m'a paru juste et légitime de faire encore une défalcation nouvelle de deux jeunes filles entrées dans le service orthopédique avec des déviations, et qui y sont restées l'une 4 mois et demi, l'autre près de 10 mois. Mais elles y ont subi des opérations sans nul rapport avec leurs déviations ; l'une d'elles est cette jeune fille devenue célèbre pour avoir subi la section de près de 20 muscles ou tendons, et dont j'ai déjà donné l'histoire dans un autre travail (1).

En dernière analyse, il n'y a eu véritablement que 30 sujets traités dans le service, ce qui porte à 27 le nombre des malades traités à la consultation. Sur ces 30 sujets, un, comme il a été dit, est mort à l'hôpital ; 5 sont en province, et je n'ai pu avoir aucun renseignement satisfaisant sur leur état ; il m'est donc resté définitivement une masse de 24 malades qui ont été visités, interrogés, examinés, ou sur lesquels j'ai eu des renseignements authentiques. J'ajouterai qu'avant de venir en présenter l'histoire à l'Académie, des circonstances sur lesquelles il serait pénible d'insister m'ont fait désirer de la soumettre à une première vérification, et qu'une commission spéciale, nommée par la Société de Chirurgie, a déjà constaté la réalité des résultats qui vont être exposés.

Quelques détails d'abord sur la durée du séjour à l'hôpital et sur le traitement employé ;

5 de nos malades	sont restées	dans le service	de 2 à 3 mois.
2	—	—	—	de 3 à 4 mois.
7	—	—	—	de 4 à 5 mois.
2	—	—	—	5 mois et demi.
1	—	—	—	6 mois et demi.
7	—	—	—	de 7 mois et demi à 10 mois.

(1) Voir mon Mémoire sur l'*Abus et le danger des sections tendineuses et musculaires dans le traitement de certaines difformités*, *Journal de Chirurgie*, février 1844.

Ceci exprime la durée du séjour, mais non la durée du traitement qui a été le plus souvent continué à domicile.

Le traitement consistait d'abord et essentiellement en appareils mécaniques. Le plus souvent on y joignait la myotomie rachidienne.

Vingt malades au moins ont subi la section des muscles, une seule fois ou à diverses reprises (1); et le nombre des sections a aussi varié :

3 n'en ont subi qu'une seule.		
8 en ont eu	....	2
1 —	....	3
1 —	....	4
3 —	....	5
2 —	....	6
1 —	....	7
1 —	....	8 à 9

Que si maintenant l'on veut savoir le résultat définitif, il sera bien loin des proportions favorables indiquées dans le Relevé, et plus loin encore de celui qu'annonçait la lettre à l'Académie royale des sciences. Il n'y a pas une seule guérison complète. En classant les malades par catégories, d'après leur état à la sortie et leur état actuel, j'en trouve 4 catégories.

1re *catégorie*. — 4 malades qui ne sont certainement pas guéries; mais les renseignements précis manquent pour juger s'il y a eu amélioration ou aggravation. Chez deux de ces malades, nous avons rencontré un mauvais vouloir qui venait de plus haut, et que nous n'avons pu vaincre ; mais il était facile de constater par-dessus les vêtements des saillies accusatrices; une troisième est allée au bureau central, depuis sa sortie, réclamer de nouveaux soins, mais elle a donné une fausse adresse; la 4e est à la campagne, et tout ce que nous en savons est qu'elle a encore une gibbosité des plus prononcées (2).

2e *catégorie*. — 7 malades sorties sans amélioration sensible; de celles-ci 3 sont restées jusqu'à ce jour à peu près dans le même état; la déviation a empiré chez les quatre autres.

3e *catégorie*. — 7 malades sorties avec une amélioration passagère qui n'a pas duré au delà de quelques mois ou même de quelques semaines; après quoi la déviation a recommencé à faire des progrès ; et chez 5 de celles-ci elle est aujourd'hui beaucoup plus forte qu'auparavant.

4e *catégorie*. — 6 malades sorties avec des améliorations partielles, et qui persistent encore actuellement (3).

(1) Nous pouvons dire aujourd'hui 22 *malades ;* des deux nouvelles sur lesquelles l'enquête a obtenu des renseignements qui nous avaient manqué, l'une a subi deux sections et l'autre quatre.

(2) Sur les quatre malades de cette catégorie, les deux premières ont été vues depuis; il y a amélioration fort légère chez l'une, plus notable chez l'autre, mais si éloignée de la guérison qu'en mariant leur fille, les parents ont averti le futur de son état. La troisième, que nous n'avions pas retrouvée à son adresse, nous avait été indiquée, comme s'étant présentée au Bureau central, par un des médecins de cet établissement qui depuis a reconnu son erreur; mais, après être restée 82 jours dans le service, elle fut prise d'une fièvre typhoïde, et envoyée à l'hôpital Necker où elle succomba; du reste, le médecin qui l'a traitée en dernier lieu a constaté à l'autopsie une forte gibbosité.

Notons en passant que cela fait *deux morts* dans le cours du traitement; le Relevé n'en comptait qu'une.

(3) Il faut ajouter à cette catégorie les deux malades indiquées dans la note précédente; mais il faut en retrancher d'abord une sur laquelle la commission a eu des renseignements plus complets que nous, et une autre dont l'amélioration n'a pas persisté.

Comment maintenant expliquer l'énorme différence qui sépare ces résultats de ceux du Relevé? Faut-il croire que les 24 guérisons complètes ont été obtenues à la consultation, et admettre cette singulière conséquence : que les sujets placés hors de la surveillance de l'opérateur ont plus profité que ceux qu'il avait sous les yeux? Nous reviendrons sur cette question, lorsque nous aurons présenté tous les éléments nécessaires pour la résoudre ; il nous faut auparavant étudier nos 24 faits en particulier, selon les catégories que nous venons d'établir.

II. — PARTIE CLINIQUE.

1° *Des déviations traitées sans aucun résultat.*

Ce qui ressort avant tout de l'étude des six observations qui se rattachent à cette catégorie, c'est la difficulté de dire pourquoi les déviations ont tellement résisté. L'une des malades, enfant de 5 ans, ne pouvait pas marcher, et l'on serait tenté d'accuser le défaut d'exercice; mais le chirurgien n'avait pas cru qu'il y eût là une contre-indication, puisqu'il avait pratiqué deux opérations. D'ailleurs les cinq autres étaient des jeunes filles fort ingambes, de l'âge de 12 à 15 ans. Ce n'est pas non plus le temps qui a manqué ; la durée du séjour a varié de 3 à 8 mois; et deux de ces malades ont été renvoyées par le chef du service contre leur désir et celui de leurs parents. Une seule a été traitée uniquement par les appareils mécaniques ; c'est aussi celle qui est restée le plus longtemps à l'hôpital. Pour les autres, il a été pratiqué de 2 à 5 sections musculaires. Enfin, ni dans les causes, ni dans les phénomènes, ni dans la période avancée des déviations, je n'ai pu saisir aucune raison valable des insuccès. Serait-ce qu'enfin les parents se seraient trompés dans leurs appréciations, et n'auraient pas reconnu des améliorations réelles? Alors il faudrait admettre que ces améliorations ont été, et bien passagères, puisque dans quatre cas la déviation a fortement empiré depuis, et bien peu sensibles, puisque plus d'une fois elles étaient attestées par le médecin ou par ses élèves, et que, malgré cette attestation, les parents et les malades se refusaient à les voir.

Les deux observations suivantes mettront ces dissidences dans tout leur jour.

Déviation légère datant d'une année, chez une jeune fille de 15 ans ; 3 mois de séjour à l'hôpital ; deux sections musculaires ; nul résultat.

Obs. I. — Eugénie Lebelle, âgée de 15 ans, rue du Gindre, n° 8. — Entrée le 5 août 1840, sortie le 9 novembre ; durée du séjour : 3 mois 4 jours.

Elle a eu trois frères ou sœurs qui sont restés bien droits ; il n'y a eu aucune personne de sa famille affectée de déviation. A l'âge de 5 ans, elle eut une tumeur au dos pour laquelle elle entra à la Charité ; une incision en fit sortir un verre de pus, et à la suite elle eut encore divers autres abcès. Ce ne fut toutefois qu'à l'âge de 14 ans, et sans aucune cause connue, que sa taille commença à se dévier ; la déviation datait donc d'une année seulement lorsque, par l'entremise de M. Brochin, elle entra dans le service orthopédique. M. Guérin, après l'avoir examinée, lui promit qu'elle serait guérie dans six semaines. Après 18 jours de traitement mécanique, on lui pratiqua, le 23 août, 2 incisions sous-cutanées ; l'opération fut peu douloureuse, mais 2 heures après, dit-elle, il lui était impossible de faire le moindre mouvement sans ressentir d'atroces douleurs. Cependant ces douleurs durèrent peu ; et le traitement fut donc encore continué deux mois ; après quoi, comme elle était louche, et qu'elle se refusait opiniâtrément à une opération que l'on voulait lui faire pour son strabisme, M. Guérin la renvoya.

Elle avait été moulée lors de son entrée, et elle fut moulée à sa sortie ; et comme en considérant les deux plâtres, elle se plaignait de n'être pas guérie, M. Brochin lui dit : *Vous plaisantez ! quand vous ne seriez venue à l'hôpital que pour vous engraisser, n'auriez-vous pas assez gagné ?* En effet, sa santé s'était fort améliorée, elle avait pris de l'embonpoint, et depuis sa sortie les règles lui sont venues et très-régulières.

Cependant, revenue chez elle, ses parents la trouvèrent aussi déviée qu'auparavant. En conséquence, *deux jours après* on la conduisit au Bureau central, où M. Duval lui fit faire

une ceinture avec un tuteur sous l'aisselle gauche. M. Bouvier l'a revue depuis pour examiner l'état de la ceinture.

Aujourd'hui, elle présente une courbure à droite de presque toute la région dorsale, portant 2 centimètres et demi de flèche; une courbure lombaire à gauche d'un centimètre de flèche, et une courbure cervicale très-légère; les côtes droites et l'omoplate du même côté font une proéminence assez légère, arrondie en arrière. Autrefois l'épaule droite était plus élevée que la gauche; aujourd'hui elle est plus basse d'un à 2 centimètres, ce que l'on attribue à ce qu'elle a porté trop longtemps le tuteur à gauche. Elle ne boite pas en marchant. Enfin les sections sous-cutanées ne lui ont laissé ni douleur ni faiblesse dans les régions opérées.

Cette observation a déjà été donnée par M. Bouvier, mais d'une façon plus concise. La principale différence entre sa description et la nôtre, est que la courbe dorsale, lorsqu'il la vit, n'avait que 15 millimètres de flèche, tandis que nous lui en avons trouvé 25. Un espace de trois ans écoulés rend suffisamment compte de cette aggravation.

Le fait qui suit est plus curieux encore, et est tout à fait propre à montrer que, lorsqu'il y a diversité d'impressions entre les parents et les orthopédistes au sujet des améliorations alléguées, le tort n'est pas toujours du côté des parents.

Déviation légère datant de 4 à 5 ans, chez un enfant de 11 ans; 4 mois et demi de séjour à l'hôpital; deux sections musculaires; nul résultat.

Obs. II. — Annette Maçon, âgée de 11 ans, rue de Reuilly, 24; entrée le 28 juillet 1840, sortie le 7 décembre; durée du séjour, 4 mois et demi environ.

Cette jeune fille est née de parents sains; il n'y avait jamais eu de rachitiques ni de bossus dans sa famille; cependant sur 6 frères et sœurs, elle a un jeune frère de 10 ans dont la taille commence déjà à se tourner. Elle-même avait été bien portante jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans, sauf un commencement de renversement du pied gauche en dehors et une petite vérole bénigne, lorsqu'elle fut attaquée de convulsions qui se renouvelèrent trois ou quatre fois chaque année, et ne cessèrent que vers l'âge de 10 ans.

Ce fut deux ou trois ans après la première attaque que l'on s'aperçut d'une déviation de l'épine qui ne cessa de faire des progrès; et après les convulsions disparues, il resta à l'enfant de la céphalalgie, une douleur précordiale et de petits mouvements de fièvre revenant à intervalles irréguliers. Lorsqu'enfin elle entra dans le service orthopédique, d'après M. Hillairet qui l'examina, elle se trouvait dans l'état suivant :

Il y avait une déviation à droite (1) de presque toute la colonne dorsale, de la 1re à la 10e vertèbre, ayant 2 à 3 millimètres de flèche; une autre courbure inverse de la 10e dorsale à la 5e lombaire, et enfin une troisième courbure de balancement fort légère de la région cervicale. La torsion des vertèbres était *très-peu prononcée*, et ne se relevait que par un léger soulèvement des côtes. Le bassin avait décrit un léger mouvement de rotation à gauche et en avant, de telle sorte que l'épine iliaque antérieure gauche était située plus en avant que la droite, et celle-ci plus élevée que la gauche. Tout le tronc était incliné à gauche, de telle sorte qu'une ligne verticale, descendant de l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre cervicale, tombait à un pouce environ de la ligne médiane du sacrum. L'épaule droite était plus élevée d'environ un demi-pouce que la gauche.

Le 26 septembre, M. Guérin *coupa les masses communes des deux côtés; à droite, entre la 11e et la 12e dorsale; à gauche, au niveau de la 1re lombaire.*

« Résultat immédiat, poursuit M. Hillairet: redressement complet de la courbure inférieure; diminution de la courbure dorsale; aucun accident consécutif; traitement mécanique repris le surlendemain de l'opération. Revue le 5 octobre, on constate une amélioration notable; disparition de la courbure principale et de l'inclinaison dorso-lombaire; diminution, mais non encore disparition complète de la gibbosité et des caractères de la torsion.—La malade a quitté l'hôpital le 25 novembre, PARFAITEMENT REDRESSÉE; elle continue chez elle l'usage d'une ceinture à flexion. »

---

(1) M. Hillairet dit *à gauche*; mais c'est évidemment une erreur. Il y en a plusieurs autres du même genre dans sa description, que nous avons corrigée d'après l'examen fait plus tard par M. Bouvier, et enfin d'après le nôtre. (*Note du Mémoire présenté à l'Académie.*—Ceci était essentiel à dire; le lecteur en trouvera les raisons dans la note suivante, page 329.)

On voit que M. Hillairet n'est pas tout à fait exact sur la date de la sortie qui n'eut lieu que 12 jours plus tard; mais l'inexactitude était bien autre pour le résultat. Si l'on en croit la malade, cependant, l'optimisme de M. Hillairet était partagé par M. Guérin lui-même; et lorsqu'elle retournait à la consultation, il la présentait comme *la mieux guérie* de son service. Ce qui fut cause que, n'espérant plus rien de ce côté, la mère conduisit sa fille au Bureau central, le 17 février 1841, deux mois et dix jours après sa sortie. Là M. Bouvier reconnut la double déviation du dos et des lombes; une double gibbosité dans l'une et l'autre région, une inclinaison très-marquée du tronc à gauche, une saillie considérable de la hanche droite. La jeune fille avait toujours porté sa ceinture; du reste, les parents disaient que la difformité était à peu près la même; et M. Bouvier en conclut que l'enfant *n'avait pas même obtenu, par l'opération et le traitement mécanique, l'amélioration que ce dernier seul eût pu produire.*

Il est à regretter que M. Bouvier n'ait pas mesuré la flèche de la déviation dorsale; nous aurions mieux su à quoi nous en tenir. Quoi qu'il en soit, M. Hillairet reconnut publiquement qu'il avait *donné un résultat inexact et présentant comme guéri un individu qui ne l'était pas complétement;* et ce désaveu fut inséré dans la *Gazette médicale.*

Mais la lettre de M. Hillairet laissait supposer qu'il y avait eu au moins une *guérison incomplète.* Nous avons donc été revoir tout récemment la jeune malade, et nous avons constaté les faits suivants:

La courbure dorsale, étendue de la 1re à la 10e vertèbre, a *trois centimètres* de flèche.

La torsion des vertèbres est très-prononcée à droite au centre de la courbure; la saillie des côtes et de l'omoplate est de 2 à 3 centimètres en arrière du niveau des côtes opposées. La torsion n'est pas moins prononcée à gauche pour la courbure lombaire.

L'épaule droite est notablement plus élevée que la gauche; le bassin dévié comme il a été dit; tout le corps incliné à gauche; et elle ne marche qu'avec un degré de balancement du corps et des hanches qui touche de près à la claudication.

En conséquence, pour sa difformité, non-seulement elle n'a rien gagné, mais encore elle a beaucoup perdu. Elle a gardé sa ceinture six mois, et l'a quittée parce qu'elle en souffrait trop.

Elle a pourtant gagné quelque chose du côté de ses douleurs. Presque aussitôt après les sections sous-cutanées, la céphalalgie, la douleur précordiale, et une vive douleur qu'elle ressentait au flanc droit ont disparu. La douleur précordiale n'est pas revenue; la céphalalgie a reparu, mais plus faible; et la douleur du flanc droit a été remplacée par une vive douleur au flanc gauche, surtout pendant la marche; voilà ce qu'elle a retiré d'environ dix mois de traitement.

2o *Déviations améliorées en apparence, et revenues promptement à leur premier état ou à un état pire qu'auparavant.*

Dans cette catégorie se rangent 7 jeunes filles de 10 à 15 ans, portant des déviations pour la plupart fort anciennes, fort considérables, et, ce qui n'est pas moins digne d'attention, paraissant dépendre d'une disposition héréditaire. L'une d'elles n'était restée à l'hôpital que 2 mois, ayant été renvoyée au bout de ce temps; toutes les autres avaient prolongé leur séjour de 4 à 9 mois. Toutes subirent la myotomie rachidienne; une seule, une fois seulement; d'autres jusqu'à 5 et 6 fois. Pour toutes, l'amélioration avait consisté en un redressement plus ou moins sensible de la taille, c'est-à-dire que les parents les trouvaient grandies; mais peu à peu la colonne s'affaissant de nouveau, cet accroissement de taille se réduisait à rien, et même le plus ordinairement semblait favoriser une augmentation des courbures. En voici un exemple.

Déviation assez forte, héréditaire, datant d'un an chez une jeune fille de 14 ans; 3 mois et demi de séjour; 2 sections musculaires; redressement notable, suivi d'une aggravation rapide.

Obs. III. — Alexandrine Poulet, âgée de 17 ans et demi, demeurant rue Saint-Lazare, no 126, au no 9 de la cour; entrée le 25 mars 1840, sortie le 4 septembre; durée du séjour, 5 mois et demi.

Cette jeune fille avait son père bossu; son frère porte également une déviation de la

taille. Elle était venue au monde belle et droite, et jusqu'à 7 ans n'avait éprouvé aucune douleur ni aucune maladie. Alors elle commença à ressentir de vives douleurs rhumatismales dans tous les membres, se propageant aussi vers le dos; elles durèrent jusqu'à l'âge de 13 ans, époque à laquelle elle s'aperçut d'une déviation commençante. On la conduisit à M. Guérin qui l'engagea à venir à l'hôpital où elle entra à l'âge de 14 ans environ. Durant trois mois elle fut traitée sans opération; le jour elle portait une ceinture mécanique, et passait régulièrement trois heures sur le char orthopédique; la nuit elle couchait sur un lit orthopédique. Au bout de ce temps, on lui fit deux sections sous-cutanées qui furent très-douloureuses dans le moment; mais la douleur se calma vite; et dans les premières 24 heures qu'elle passa au lit, bien entendu, elle ne souffrait que lorsqu'elle parlait. Après quoi elle reprit le même traitement; et, bien que non guérie, fut renvoyée par M. Guérin 2 mois et demi après l'opération.

Lors de sa sortie, la taille était plus droite et plus élevée; il y avait une amélioration très-sensible, et elle regrettait beaucoup de n'avoir pu rester davantage à l'hôpital. On lui avait ordonné une ceinture mécanique, mais comme elle ne pouvait travailler en la portant, elle l'ôta au bout d'un mois; immédiatement la déviation recommença à faire des progrès. Un an après, M. Guérin lui fit demander si elle voulait reprendre son traitement; mais la déviation était déjà telle qu'elle ne voulut pas s'y soumettre. Elle a aujourd'hui une énorme saillie des côtes et de l'omoplate droite, élevées à 5 centimètres et demi au-dessus du niveau des côtes gauches. Au dire des parents, cette saillie est aujourd'hui quatre fois plus forte qu'elle n'était lorsque la jeune personne a quitté l'hôpital.

Les points où les sections ont été faites ne lui causent aucune douleur, excepté quand elle est fatiguée. La pression lui est plutôt agréable que pénible; et elle n'est jamais si soulagée que quand ces régions sont fortement comprimées.

Nous aurons à rechercher plus tard d'où vient cette facilité des récidives. Dans le cas qui précède on pourrait alléguer, comme conditions prédisposantes, l'hérédité, la marche rapide, l'état déjà avancé de la déviation; mais afin qu'on ne se laisse pas trop préoccuper par ces considérations, j'ai jugé à propos de rapporter une autre observation remarquable par des conditions toutes contraires : nulle difformité chez les parents, une déviation lente à s'accroître, ayant encore fait peu de progrès; et cependant le traitement n'annonçant une amélioration passagère que pour mieux tromper les espérances de toute une famille, et précipiter peut-être la marche du mal. Celle-ci aura encore un autre intérêt : c'est que l'état de la jeune fille ayant été constaté à l'époque de son entrée à l'hôpital, l'examen ultérieur montrera d'une façon plus précise les résultats primitifs et secondaires du traitement.

Déviation peu avancée datant de 6 ans chez une jeune fille de 14 ans; 4 mois de séjour à l'hôpital; plusieurs sections musculaires; traitement continué 22 mois; amélioration passagère suivie bientôt d'aggravation.

Obs. IV.—Adélaïde Michel, âgée de 17 ans, quai de Bercy, n° 39, entrée le 21 décembre 1840, sortie le 6 février 1841; rentrée le 21 août, sortie le 26 octobre; durée totale du séjour à l'hôpital, 113 jours.

Cette jeune fille, d'une belle carnation, bien constituée, est née de parents sains; et de cinq enfants elle est la seule qui ait souffert d'une déviation quelconque. Elle n'avait eu ni convulsions ni aucune autre maladie, lorsque vers l'âge de 8 ans sa mère s'aperçut d'un écoulement vaginal qui dura quelque temps; et c'est à la cessation de cet écoulement qu'elle dit s'être aperçue pour la première fois d'une altération dans la taille de sa fille. Vers l'âge de 10 ans, la déviation menaçant de s'accroître, on fit porter à l'enfant un corset en fer, pesant près de 6 livres, qu'elle garda 6 mois et qui lui causa d'inutiles douleurs. Elle avait 14 ans lors de son entrée à l'hôpital des Enfants.

D'après M. Hillairet qui en a donné l'histoire, elle portait alors : 1° une courbure dorsale à convexité droite, étendue de la 3e à la 11e vertèbre dorsale, de 2 centimètres et demi de flèche; 2° une courbure inférieure à convexité gauche, étendue de la 12e vertèbre dorsale à la 5e lombaire, de 2 à 3 millimètres de flèche; 3° une courbure supérieure allant de la 3e vertèbre dorsale à la première cervicale, d'un millimètre de flèche.—Les vertèbres de la 3e à la 12e dorsale avaient éprouvé un mouvement de torsion, appréciable surtout par le sou-

lèvement des 9 dernières côtes formant la gibbosité dorsale; l'épaule droite était plus élevée que l'autre de 2 centimètres; l'angle inférieur de l'omoplate plus écarté du rachis de 4 centimètres à droite qu'à gauche; la hanche gauche plus saillante que l'autre. On appliqua d'abord les moyens mécaniques, après quoi l'on en vint à l'opération. Je copie maintenant M. Hillairet.

« Opération le 13 janvier.—1° Section du muscle sacro-lombaire droit au niveau de la 11e à la 12e vertèbre dorsale. La section est nette, et *accompagnée du bruit de craquement fibreux caractéristique;* elle est immédiatement suivie d'un écartement considérable des deux bouts du muscle, indiqué par une dépression subite de la peau au point correspondant. —2° Section du long dorsal gauche à 2 pouces au-dessus du niveau de la section précédente (section moins nette, muscles charnus; ce sont les muscles de la courbure de balancement).— 3° Section d'un petit faisceau non compris dans la première, par une petite ouverture pratiquée à peu de distance de la précédente.

« L'opération est immédiatement suivie d'un redressement presque complet des courbures. Traitement mécanique consécutif.

« Six semaines après l'opération, Mlle Michel a quitté l'hôpital parfaitement redressée; cependant elle continue chez elle l'usage d'une ceinture à flexion et d'un appareil de nuit. »

M. Hillairet ne se pique pas d'une grande exactitude; la malade sortit en effet 24 jours, et non pas six semaines après l'opération; et quand je lus à la mère le passage où on la déclarait *parfaitement redressée,* elle ne put s'empêcher de s'écrier : *Ah! monsieur, comme ils sont menteurs* (1)*!* Au reste, la jeune personne fut examinée cinq mois et demi plus tard par M. Bouvier, le 21 juin 1841; et, bien qu'elle n'eût pas quitté sa ceinture, la déviation offrait à peu près les mêmes caractères qu'avait notés M. Hillairet, savoir : 1° une courbure dorsale de 2 centimètres de flèche environ; 2° une autre courbure en bas et une troisième en haut, plus légère; 3° une gibbosité très-prononcée à droite; 4° la hanche gauche plus saillante que l'autre.

Au reste, nous avons déjà dit qu'elle était rentrée à l'hôpital le 21 août, un mois juste après l'examen de M. Bouvier. Là on procéda à de nouvelles sections; et on la renvoya au bout de deux mois, en lui recommandant, outre l'emploi continuel de la ceinture, l'usage pour la nuit d'un lit orthopédique. Elle continua ce traitement un an entier, jusqu'à ce que, ayant grandi de 10 à 12 centimètres, le lit et la ceinture se trouvèrent trop petits. Je l'ai vue à mon tour récemment, et voici les renseignements que j'ai recueillis:

Lors de sa première entrée à l'hôpital, outre la déviation signalée, elle souffrait d'une douleur précordiale revenant tous les matins durant une demi-heure. Cette douleur disparut aussitôt après la première opération; mais, en revanche, depuis cette opération elle ressentait des douleurs dans la région lombaire. M. Bouvier avait déjà noté ces douleurs; j'ai constaté de plus que la pression sur les épines lombaires les développait instantanément avec un haut degré d'intensité.

A chacune de ses sorties de l'hôpital, elle paraissait un peu plus droite, au dire des parents; car pour elle, elle ne s'en apercevait pas. Au reste, cette amélioration ne tardait pas à disparaître; M. Bouvier l'avait vue 5 mois après sa première sortie; on va voir ce qu'est devenue la déviation deux ans après la seconde.

La courbure dorsale a 2 centimètres et demi de flèche, juste comme avant le traitement. Mais la courbure lombaire porte un centimètre de flèche, et l'épaule droite est plus élevée que la gauche de 3 à 4 centimètres; on voit donc qu'il y a eu aggravation de ces deux côtés. M. Hillairet avait aussi noté que le rachis, long de 57 centimètres en ligne verticale, portait 58 centimètres et demi en suivant la direction des courbures; probablement ses mesures allaient jusqu'au sommet du coccyx. En m'arrêtant à la base du sacrum, j'ai trouvé 53 centimètres en ligne directe, 55 en suivant les courbures; ainsi la perte de hauteur due aux courbures aurait juste doublé.

Il est à noter que, dans l'intervalle de son premier séjour au second, la jeune fille avait

(1) Nous devons rappeler ici que M. Hillairet tenait cette observation, ainsi que celle d'Annette Maçon, de M. Brochin, le collaborateur de M. Guérin, et l'un des auteurs du *Relevé statistique*. Nous avions déjà fait cette rectification indispensable (voir le numéro de juin dernier, page 163); la *Gazette médicale* n'a pas trouvé un mot à répondre.

été visitée plusieurs fois par M. Kuhn, en sorte qu'au total, pour une déviation que M. Hillairet rattache au premier degré, après un traitement suivi 22 mois et deux opérations sanglantes, la malade est dans un état notablement pire qu'auparavant.

3° *Déviations améliorées et dont l'amélioration persiste.*

Nous arrivons enfin au côté le plus brillant de cette statistique; à cette série de 6 améliorations reconnues par les parents et les malades, et qui ont résisté à l'effet du temps. Sur ces six cas, il y en a trois qui se séparent complétement des deux autres, en ce que l'amélioration n'a porté que sur un seul élément, l'inclinaison du tronc tout entier, en laissant les courbures de la colonne et la saillie des côtes dans le même état ou dans un état pire qu'auparavant. C'est par l'étude de ces premiers sujets qu'il me paraît utile de commencer; du reste, si, pour les catégories précédentes, il a suffi de présenter quelques observations de choix pour faire comprendre toutes les autres, ici ce ne sera pas trop de tous les faits parvenus à notre connaissance pour jeter un jour complet sur les résultats les plus bienfaisants de la myotomie rachidienne.

Déviation considérable datant de trois ans chez une jeune fille de 14 ans, avec inclinaison très-forte du tronc ; 9 mois et demi de séjour ; 8 à 9 sections musculaires ; inclinaison corrigée ; accroissement de la déviation.

Obs. V.—Louise-Pierrette Gérard, du département de l'Oise, aujourd'hui barrière du Maine, bâtiment de l'Octroi, chez M. Besse, contrôleur ambulant; entrée le 27 novembre 1841, sortie le 12 février 1842, pour une petite vérole volante; rentrée 4 jours après, sortie le 16 septembre; séjour total, environ 9 mois et demi.

Ni ses parents, ni son frère, ni ses trois sœurs n'ont eu aucune difformité. Elle-même était venue belle et droite jusqu'à l'âge de 11 ans, sans convulsions, sans maladie; et elle croit que sa déviation vient d'avoir été 9 mois dans une condition où elle était obligée de porter un enfant sur le bras. Elle ne fit rien jusqu'à l'âge de 14 ans; alors un médecin du pays l'engagea à se rendre à Paris, et lui facilita l'entrée à l'hôpital.

Après quatre semaines de séjour, on l'opéra, et on lui fit deux sections dans une seule séance. Deux mois après, opération nouvelle dans laquelle il y eut, dit-elle, 6 ou 7 sections. Traitée ensuite sur le lit orthopédique, on la renvoya enfin munie d'une ceinture, en lui disant qu'on n'avait plus rien à lui faire. Il y avait dans son état l'amélioration que voici: lors de son entrée, le haut du tronc était très-incliné à gauche, l'inclinaison a été corrigée. Mais la déviation est restée, et la saillie de l'omoplate également; en sorte que sa maîtresse disait tout étonnée: *On n'a pourtant pas ôté la bosse à Pierrette !* La bosse a aujourd'hui augmenté outre mesure; la courbure, comprenant de la 2e à la 10e vertèbre dorsale, est à droite, et ne porte pas moins de 4 centimètres de flèche; il y a deux autres courbures gauches, mais fort légères. Elle a une très-belle carnation; les deux opérations n'ont pas été bien douloureuses; et toute douleur avait disparu quelques heures après.

En résumé, cette jeune fille était bossue et avait la tête très-penchée à gauche; aujourd'hui la tête est à peu près droite sur le haut du tronc; mais la malade est beaucoup plus bossue qu'auparavant.

Déviation très-considérable, datant de 7 à 8 ans chez une jeune fille de 12 ans, avec inclinaison à gauche; séjour de 7 mois et demi; 6 sections musculaires; inclinaiscn diminuées; aggravation de la gibbosité.

Obs. VI.—Mariette Raymond, âgée de 12 ans, rue d'Arcole, n° 19; entrée le 25 septembre 1841, sortie le 7 mai 1842; durée du séjour, 224 jours.

Sans antécédents de famille, sans convulsions ni maladies préalables, la déviation, survenue de bonne heure, est attribuée par les parents à ce que l'enfant ayant été mise à l'école de très-bonne heure, s'y est accoutumée à une mauvaise attitude, en apprenant à écrire. Quoi qu'il en soit, la déviation avait fait d'énormes progrès; il y avait une bosse très-forte à droite, avec inclinaison forcée du tronc à gauche, lorsque M. Brochin la fit entrer dans le service orthopédique. Elle fut placée sur le lit mécanique, munie d'une ceinture, et subit

deux séances opératoires; dans la première on fit deux sections dans la région lombaire, dans la seconde quatre sections dans la région dorsale. Après sept mois et demi, l'ennui la prit, et elle quitta l'hôpital munie de sa ceinture qu'elle a encore portée six mois, et qu'elle n'a quittée que parce qu'elle la blessait.

Le traitement, au dire des parents, n'a jamais rien fait sur la bosse même, qui a encore augmenté depuis ; l'inclinaison du tronc à gauche a seule un peu diminué. La ceinture avait un tuteur pour soutenir l'aisselle et l'épaule gauche; mais la courroie appuyant à droite déterminait de ce côté une dépression à la fois douloureuse et difforme, qui a cessé après la ceinture ôtée.

Quant aux sections, l'enfant dit qu'elles ont été très-douloureuses, surtout les dernières; et maintenant encore elle y ressent par intervalles des élancements douloureux.

Ici l'amélioration et l'aggravation sont toutes deux un peu moindres que dans le cas précédent; et au total, l'inclinaison n'a été que faiblement corrigée; mais aussi la gibbosité n'a que médiocrement augmenté (1).

Dans le troisième cas, l'inclinaison paraît avoir été plus complétement corrigée, sans que la proéminence des côtes se soit accrue; mais cette amélioration aurait été balancée par une aggravation d'un nouveau genre. Je n'ai pas vu la jeune personne, qui reste en province, et je ne peux que répéter le récit des personnes chez qui elle logeait à Paris et qui entretenaient encore une correspondance avec elle.

C'était une jeune fille de 12 ans, portant, lors de son arrivée à Paris, une gibbosité très-forte avec une inclinaison également très-marquée de la partie supérieure du tronc, et beaucoup d'embarras dans les digestions. Entrée le 4 octobre 1840, sortie le 4 juin 1841, elle est donc restée à l'hôpital huit mois entiers. Lors de sa sortie, la tête était droite, et les digestions améliorées; mais la bosse est restée la même; et il est survenu depuis une claudication considérable, dont il n'existait pas auparavant la moindre trace (2).

Dans le fait qu'on va lire, il ne s'agit plus d'une inclinaison corrigée ; l'amélioration paraît avoir porté surtout sur l'accroissement de la taille et sur les fonctions du thorax et de l'abdomen. A quel prix a-t-elle été obtenue? C'est ce qu'il est curieux d'examiner.

Déviation très-forte datant de 4 ans chez une jeune fille de 16 ans; 9 mois de séjour; 7 sections musculaires; suites particulières de ces sections.

Obs. VII. — Virginie Gaudet, âgée de 16 ans, faubourg Saint-Martin, 108; entrée le 18 décembre 1841, sortie le 7 septembre 1842; durée du séjour, 263 jours; près de 9 mois.

Sa mère est affligée d'une très-forte proéminence dorsale, et son grand-père en avait autant. Pour elle, elle vint au monde belle et droite, n'eut jamais de convulsions, ni même d'autre maladie; je noterai seulement qu'elle a le nez incliné à droite par la pointe, et la portion droite du nez plus étroite aussi que la gauche. Elle était arrivée sans encombre à l'âge de 12 ans, lorsqu'on s'aperçut qu'elle avait l'épaule droite plus forte que la gauche. Deux ans plus tard, la déviation du rachis était manifeste; elle fit dès lors des progrès ra-

(1) Lorsque la commission a vu cette jeune personne, la gibbosité avait encore augmenté, et il n'y avait plus d'amélioration d'aucune espèce.

(2) M. Guérin a dit au sujet de cette malade, que la claudication existait avant le traitement, et avait pour cause une luxation congéniale du fémur. Nous acceptons cette rectification, mais il faut y en ajouter une autre non moins essentielle. La commission a écrit à un médecin de Joigny où habite cette jeune fille; celui-ci l'a attentivement examinée et interrogée; et voici un extrait de sa réponse :

« *Pauline Dumont est horriblement contrefaite.... La malade dit être aussi bossue qu'avant le traitement; le père et la mère disent aussi qu'il n'y a aucun changement. Seulement il paraît que la claudication a augmenté; la malade attribue ce résultat à une courroie qui passait sous la cuisse gauche et s'attachait à la ceinture....* »

En conséquence, il faut donc ôter ce cas de la catégorie des améliorations, et le reporter à celle des *déviations améliorées en apparence et revenues promptement à leur premier état.*

pides; et à 16 ans la jeune fille avait la respiration fort gênée, les digestions mauvaises, et en outre des palpitations.

Elle entra dans le service de M. Guérin, fut couchée pendant un mois environ sur le lit orthopédique; après quoi elle fut soumise à une première opération dans laquelle on lui pratiqua, dit-elle, 2 sections sous-cutanées dans la région lombaire. Trois mois et demi plus tard, le 4 mai, on fit dans la région dorsale 5 nouvelles sections; et il lui fut recommandé à sa sortie de porter une ceinture à tuteurs, qu'elle a gardée, en effet, quatre à cinq mois.

Le traitement de l'hôpital a produit une amélioration très-notable; la taille a grandi, et même encore depuis sa sortie; elle est fleuriste aujourd'hui, travaille debout, respire et digère bien. Les palpitations avaient aussi disparu; mais depuis quatre mois, les règles s'étant suspendues, les palpitations sont revenues plus fortes et plus douloureuses que jamais.

Tel est le récit de la mère et de la fille; il faut donc que la déviation ait été poussée bien loin; car l'épaule droite est toujours beaucoup plus élevée que la gauche, et la bosse est encore des plus saillantes. Mais il se passe surtout des phénomènes fort importants du côté des muscles coupés.

La jeune fille a perdu de sa force, malgré qu'elle ait plus d'âge, et ne saurait porter le même poids qu'avant son traitement. Quand elle se baisse pour mettre ses souliers, elle a de la peine à se relever, et ressent de la douleur aux lombes. Cette douleur et cette gêne reparaissent dès qu'elle veut faire de grands mouvements des bras, comme en jouant au volant, ou se livrer à des exercices de force, comme en essayant de lutter avec ses camarades. Les changements de temps ramènent également des douleurs assez vives qui durent quelquefois toute une journée; et enfin, en aucun temps, elle ne peut supporter, sur les points opérés, ni de pression ni même le simple contact des doigts.

Nous aurons à revenir sur ces phénomènes; quant à présent, je me borne au rôle d'historien. Voilà donc une jeune fille encore aujourd'hui fort bossue, qui, d'une autre part, a perdu une notable partie de sa force, et qui se proclame cependant grandement améliorée et soulagée. Les faits suivants, bien que moins complets, nous aideront à comprendre la valeur de ces mots.

Déviation légère datant de 5 ans chez une demoiselle de 19 ans; 9 mois et demi de séjour à l'hôpital; 4 sections musculaires; grande amélioration.

Obs. VIII.—Mlle E. Vernel, dite âgée de 15 ans, mais en ayant en réalité 19; entrée le 3 août 1839, sortie le 29 septembre; rentrée le 5 octobre, sortie le 16 mai 1840, durée du séjour, 9 mois et demi.—Elle restait rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 5; c'est là que je l'ai vue chez sa mère; mais elle est mariée et a un autre domicile, rue des Billettes, n° 20.

Elle n'a aucun parent atteint de difformité. Etant enfant elle eut des convulsions, qui cependant, selon son dire, ne laissèrent aucune trace sur le rachis. La déviation ne se montra qu'à l'âge de 14 ans et demi, sans cause connue; à moins qu'on ne veuille admettre avec la malade, qu'elle ait été déterminée par l'apprentissage de la couture à l'âge de 5 ans. Elle avait fait d'ailleurs peu de progrès; et, selon le dire de la malade, l'épaule droite était plus saillante en arrière, la hanche gauche plus saillante au dehors; mais la tête était droite sur les épaules et le tronc sans inclinaison. Ce qu'il y avait de plus grave était la difficulté des digestions, la gêne de la respiration qui l'essoufflait à la montée, des palpitations, et enfin une faiblesse marquée du côté gauche. A 17 ans, elle consulta M. Duparc qui l'adressa à M. Guérin, et elle fut une des premières entrées dans le service. Elle fut couchée sur le lit orthopédique, fit usage du char mécanique, et subit en une fois deux sections sous-cutanées. Après ses neuf mois et demi de séjour, elle n'était pas guérie, et sortit pour faire place à d'autres; trois semaines après M. Guérin lui pratiqua chez elle deux nouvelles sections, après quoi il lui fit porter une ceinture. Presque aussitôt elle entra dans une maison de commerce, et comme sa ceinture la gênait, elle ne tarda pas à s'en débarrasser. Deux ans après sa sortie de l'hôpital, elle s'est mariée, est devenue enceinte, et est accouchée à sept mois et demi, sans que la guérison se soit démentie.

Voici en quoi consiste cette guérison. Faiblesse, mauvaises digestions, respiration

anhélante, tout a disparu, hormis de temps à autre de rares palpitations. La hanche, dit-elle, ne fait plus saillie; l'épaule droite est un peu plus élevée que la gauche, et l'omoplate un peu plus saillante en arrière. Elle est d'ailleurs très-satisfaite de son état, et ne veut pas se laisser examiner.

Enfin j'ai réservé pour la fin l'observation sans doute la plus remarquable de cette série, non point par la portée de l'amélioration obtenue, puisque la malade se refuse à expliquer son état antérieur, et ne donne qu'à regret quelques renseignements insuffisants sur son état actuel, mais bien par la rapidité et la persistance de la cure; voici d'ailleurs tout ce que j'ai pu savoir.

Déviation datant de 2 années; 2 sections; amélioration obtenue en moins de 2 mois et persistant plusieurs années après.

Obs. IX.—Mlle Lechner, âgée de 14 ans, rue des Vieux-Augustins, 4; en apprentissage chez Mme Asselin, rue Montmartre, nº 14.—Entrée le 21 avril 1841, sortie le 16 juin; durée du séjour, 55 jours.

Sans antécédents de famille, sans convulsions préalables, elle était restée bien droite jusqu'à l'âge de 12 ans; alors sa taille commença à se dévier; mais elle n'avait rien fait pour cela lorsqu'elle entra dans le service de M. Guérin. Elle subit deux sections sous-cutanées, qui furent faites le même jour, et qui, à son dire, furent très-douloureuses; mais quinze jours après elle ne s'en sentait plus. Elle sortit fort satisfaite de son état, ne porta pas de ceinture, et aujourd'hui, après plus de deux ans et demi, est restée aussi bien guérie que devant. Elle se loue beaucoup de M. Guérin, mais a promis de ne se laisser visiter par personne. Cependant elle est d'accord avec sa maîtresse pour confesser que *son épaule droite est encore un peu bombée; mais quand elle a son corset on ne le dirait pas* (1).

S'il est permis, en l'absence d'autres renseignements, d'établir une conjecture sur la nature de l'affection de cette malade, je serais porté à penser qu'elle avait surtout une inclinaison du tronc, élément assez facile à combattre, et une très-légère torsion qui a persisté comme auparavant.

De la nature et du traitement de l'encéphalocèle.

Un fait récemment présenté à l'Académie royale de médecine a rappelé l'attention sur une affection heureusement fort rare, mais qui, par sa rareté même, devient une cause d'embarras et de doute pour les plus habiles praticiens. Rappelons d'abord les principales circonstances du fait dont il s'agit.

Obs.—Dans la séance du 8 octobre, M. Moreau montra à l'Académie, au nom de M. le docteur Duvivier, un enfant né de la veille, du sexe masculin, offrant à la région occipitale une tumeur un peu plus volumineuse que la tête elle-même. Cette tumeur, molle et fluctuante, paraissait

---

(1) C'est cette malade que M. Guérin a présenté comme complétement guérie, et qu'il a fait voir à un des membres de la commission, sans ajouter aucun renseignement, et pour obtenir par surprise un témoignage de satisfaction de la loyauté de cet honorable académicien. Mais pourquoi pas à la commission tout entière? Cela eût été trop périlleux. M. Velpeau avait en effet entre les mains une description détaillée de l'état actuel de cette malade, description faite par M. Bouvier, qui l'avait visitée récemment; et la commission eût été mise en mesure de vérifier cette description. Mais il était plus prudent de la faire voir en quelque sorte au vol, et sans contradicteur possible; et l'on sait d'ailleurs combien il est facile aux malades atteints de déviations légères, d'en imposer quelques instants, à l'aide d'un effort musculaire spécial, et pour emprunter une locution d'un usage vulgaire, *en se redressant*. Nous nous en tiendrons donc, jusqu'à complète vérification, aux dires de la malade même et de sa maîtresse, corroborés par les mesures prises par M. Bouvier.

Là s'arrêtent d'ailleurs l'exposé des faits et les rectifications dont ils avaient besoin. La dernière partie de ce Mémoire, consacrée à l'*Examen général de la myotomie rachidienne sous le rapport des indications et des résultats*, paraîtra dans le prochain numéro.

occuper précisément la partie inférieure et moyenne de l'occipital, auquel elle se rattachait par un pédicule de 4 à 6 centimètres d'épaisseur ; là on ne sentait plus de fluctuation, mais un corps dense quoique très-mou. Sur l'os même, on trouvait le pédicule cerné par un petit bourrelet osseux indiquant assez manifestement une perforation du crâne ; cependant, et bien que la tumeur s'accrût durant les cris de l'enfant, les manœuvres de taxis n'opéraient aucun refoulement à l'intérieur. Les téguments d'enveloppe étaient d'un rouge brun, sillonnés de veines très-apparentes ; il y avait des cheveux autour du pédicule, mais vers le sommet la peau était amincie, excoriée, avec un peu de rougeur inflammatoire. L'enfant était d'ailleurs bien conformé, tétait bien, remplissait toutes ses fonctions.

Qu'était-ce que cette tumeur ? M. Velpeau jugea d'abord que c'était une poche pleine de liquide communiquant avec l'intérieur du crâne, analogue à l'hydrorachis ; MM. Moreau et Bérard ajoutèrent que le pédicule devait contenir quelque portion de l'encéphale. Que fallait-il faire cependant? M. Velpeau et M. A. Bérard inclinaient pour une opération ; M. Nacquart proposait la compression à l'aide de bandelettes ; M. Guersant et M. Blandin voulaient qu'on ne fît rien du tout. Le lendemain soir, l'enfant fut admis dans le service de M. Velpeau, mais déjà affaibli et dans des conditions visibles de dépérissement.

Un examen plus attentif ayant fait présumer que le pédicule était occupé par une hernie du cervelet, on pratiqua, le 11, une ponction exploratrice à l'aide d'un petit trocart aiguille. Il en sortit de la sérosité rougeâtre. Après la sortie du trocart, le liquide continua à couler toute la journée et une partie de la nuit ; le lendemain la tumeur était flasque, aplatie, et laissait clairement distinguer la masse mollasse qui occupait le pédicule ; M. Velpeau se décida à l'opérer.

Avec un ruban de fils cirés, il étreignit le pédicule au niveau de l'occiput ; à mesure qu'on serrait le nœud l'enfant poussait des cris, mais bientôt sa voix s'éteignit, et il cessa de se plaindre. Une incision circulaire fut immédiatement pratiquée sur la tumeur, en deçà de la ligature ; toute l'enveloppe du kyste fut ainsi séparée, et laissa à nu une masse molle, sanglante, du volume d'un citron, que l'on prit pour le cervelet revêtu de ses membranes ; et entre le cervelet et ses membranes existait une sorte de kyste du volume d'un petit œuf de poule, rempli de sérosité ; de telle sorte que l'on supposa que ce kyste nouveau était formé par la dure-mère, et que la poche principale s'était développée entre la dure-mère et les téguments. Quoi qu'il en soit, on acheva d'exciser le kyste et le cervelet ; à ce moment l'enfant tomba en syncope, et fut même emporté comme mort ; il ne tarda pas cependant à revenir à lui, à donner encore quelque espoir. Mais le lendemain il fut pris de convulsions, et expira 32 heures après l'opération.

L'autopsie rectifia en divers point le diagnostic. Le cervelet était à sa place, et la portion herniée appartenait au lobe gauche du cerveau, sorti à travers une perforation de l'os occipital, laquelle était située juste à l'endroit de la bosse occipitale et pouvait admettre le doigt indicateur. La tente du cervelet et le pressoir d'Hérophile étaient intacts. L'hémisphère gauche du cerveau dans le crâne paraissait plus petit que le droit, sans doute à cause de sa hernie. La grande poche était bien évidemment formée par la dure-mère distendue et amincie, et la membrane qui enveloppait la hernie cérébrale et formait un kyste par-dessus n'était qu'une fausse membrane inflammatoire qui s'étendait jusqu'à l'orifice de la hernie. Il y avait des traces de méningite.

La discussion sur un fait aussi rare et aussi remarquable n'aurait assurément pas manqué d'intérêt ; car que savons-nous sur les causes, sur les phénomènes et sur le traitement de l'encéphalocèle congénial ? Malheureusement elle se concentra à peu près sur le fait lui-même ; seulement M. Blandin, alléguant que nulle opération n'avait réussi dans les cas de ce genre, soutint qu'il ne fallait jamais opérer. Cette opinion vaut bien qu'on la discute ; et si un cas pareil venait à se représenter, il faut au moins que les praticiens décident en connaissance de cause, et sachent ce qu'ils ont à attendre soit de l'expectation, soit de l'opération. Nous n'avons pas dessein de faire ici une histoire complète de l'encéphalocèle, mais nous chercherons à en éclaircir les points les plus importants.

1° *Quelles sont les régions par lesquelles peut se faire la hernie?* — M. Isidore G. Saint-Hilaire, qui a traité de l'encéphalocèle sous le titre général d'*exencéphale*, en dis-

tingue deux ordres et six genres. Le premier ordre, dans lequel le rachis ne participe point à la lésion du crâne, comprend quatre genres, selon que la hernie s'est opérée :

1° En arrière, dans la région occipitale, *notencéphale ;*

2° En avant, dans la région frontale, *proencéphale ;*

3° En haut, *podencéphale ;*

4° En haut encore ; mais cette fois il n'y a pas seulement perforation, il y a absence presque complète de la paroi crânienne supérieure, *hyperencéphale.*

Le deuxième ordre, caractérisé par la complication d'une fissure du rachis, comprend deux genres, selon que l'encéphale s'est échappé encore par la région occipitale, *iniencéphale* ; ou par la région supérieure dont la paroi manque en grande partie, *exencéphale* (1).

Nous avons rapporté cette classification, non que nous y attachions beaucoup d'importance, mais parce qu'elle offre un premier essai de coordination, et parce que quelques-unes de ces dénominations sont encore répétées quelquefois. Elle est d'ailleurs fort incomplète ; et en laissant de côté, d'abord les cas d'absence plus ou moins complète de la voûte crânienne, qui répondent aux grandes éventrations fœtales et restent en dehors du domaine de l'art, puis les complications de fissure du rachis qui ne font rien à l'affection principale, les faits acquis permettent d'établir que l'encéphalocèle peut se faire en haut, en bas, en avant, en arrière et sur les côtés : d'où, si l'on veut, cinq espèces, qui comptent elles-mêmes plusieurs variétés.

L'*encéphalocèle supérieur* est rare ; nous n'en avons trouvé que deux cas : l'un de Schneider, l'autre de Held, rapporté par M. Dezeiméris ; et dans ces deux cas la hernie s'était faite à travers la fontanelle antérieure. Peut-être faut-il y joindre un troisième cas observé par M. Plaisant, mais dans lequel le sac herniaire ne contenait encore que de la sérosité (2).

L'*encéphalocèle inférieur* n'est pas plus commun. Au rapport de M. Is. G. Saint-Hilaire, M. Serres a vu l'encéphale hernié entre les deux moitiés du sphénoïde et de l'ethmoïde, et descendu jusque dans le pharynx. M. Breschet a rapporté le cas d'une petite fille qui avait vécu plusieurs jours, et qui portait à droite de la racine du nez un encéphalocèle du volume d'une noix, sorti entre l'os unguis et le frontal (3).

L'*encéphalocèle antérieur* offre une rareté presque égale. M. J. Cloquet en cite un cas présenté à l'Académie de médecine par M. Moreau : la tumeur, du volume d'une grosse châtaigne, était située au-dessus de la racine du nez, et paraissait sortir par un écartement des deux pièces du frontal (4). M. Is. G. Saint-Hilaire rappelle l'histoire d'un autre enfant qui vécut quatre jours, et chez qui la mort parut avoir été avancée par des efforts faits pour réduire la hernie. Enfin M. Breschet a disséqué (*obs.* 23) un enfant qui avait vécu 15 jours, et qui portait à l'origine du nez, entre les yeux, un encéphalocèle du volume d'une pomme de reinette qui s'était fait jour à travers les deux pièces de l'os frontal, écartées de plus d'un pouce vers l'épine nasale.

L'*encéphalocèle latéral* ne compte jusqu'à présent que le fait unique rapporté par le docteur Bennett, de la Caroline du Sud, et rappelé par M. J. Cloquet ; il existait une tumeur de chaque côté de la tête, qui paraissait sortir à travers la suture occipito-mastoïdienne.

Le plus fréquent à beaucoup près est l'*encéphalocèle postérieur ;* et c'est aussi celui

---

(1) Voyez dans le *Traité de tératologie* de M. Isid.-G. Saint-Hilaire, le tom. I, p. 549 ; le tom. II, pag. 293 ; le tom. III, pag. 513.

(2) Voir le Mémoire de M. Dezeiméris dans l'*Expérience*, tom. I, pag. 113, et l'obs. de M. Plaisant dans la *Gaz. médicale*, 1840, pag. 266.

(3) Breschet, *Mémoire sur quelques vices de conf. de l'encéphale*, *Archiv. de méd.*, tom. XXV et XXVI, obs. 24.

(4) Voir l'art. *Encéphalocèle du Dict.* en 30 volumes.

qui compte les plus nombreuses variétés. Tantôt la tumeur sort par la fontanelle postérieure, comme dans le fait de Horner, cité par M. Dezeiméris, et dans l'obs. 22 de M. Breschet; tantôt elle s'écarte un peu de côté et passe à travers la suture occipito-pariétale, comme dans l'obs. 21 de M. Breschet. Tout au contraire, Reiselius a vu l'ouverture tout à fait au bas de l'os occipital et se confondant avec le trou occipital (Dezeiméris, *loc. cit.*) ; et, dans l'obs. 25 de M. Breschet, il est exprimé clairement que la hernie s'était faite à travers le trou occipital. On a vu aussi l'orifice placé entre ce trou et la bosse occipitale (Breschet, *obs.* 26) ; mais, chose curieuse, le plus ordinairement c'est à l'endroit de cette bosse même que la perforation a lieu et que se fait la hernie.

De ces premières recherches résultent déjà deux conséquences. La première, c'est que, dans tous les cas vérifiés par l'opération ou par l'autopsie, l'orifice herniaire siégeait sur une suture ou sur l'intervalle qui sépare dans l'origine les points d'ossification d'un même os ; mais jamais par le milieu de l'os même ou de l'un de ses points d'ossification. Déjà Nægelé avait fait justice des prétendus encéphalocèles observés sur les bosses pariétales (1) ; et l'on s'étonne de voir encore rappeler dans des ouvrages modernes comme un encéphalocèle véritable, la tumeur présentée par Guyenot à l'Académie royale de chirurgie, qui siégeait sur le côté gauche de l'os frontal. Une autre conséquence est que la hernie se fait de préférence à travers les sutures provisoires, comme celles du frontal et de l'occipital, et conséquemment que l'origine de la hernie dans ces cas doit remonter à une époque où ces sutures ne sont pas encore ossifiées.

Ajoutons que quelquefois la hernie est double, en d'autres termes, se fait par un double orifice. Il y avait deux ouvertures dans le cas de Schneider et dans l'obs. 13 de M. Breschet. La complication de spina-bifida des vertèbres cervicales peut être rapprochée de ces doubles hernies du crâne ; ainsi M. Breschet décrit une pièce provenant de la collection de Béclard, dans laquelle il y avait un trou distinct à l'occipital, en même temps qu'un spina-bifida au-dessous (*obs.* 26).

2° *Quelles sont les parties constituantes de la tumeur?*—En général, le sac est formé par la dure-mère, doublée en dehors par les téguments du crâne. Dans un cas seulement (Breschet, *obs.* 22), la tumeur semblait avoir poussé devant elle, au lieu de la rompre, la membrane qui forme la fontanelle postérieure, et le sac avait ainsi deux membranes fibreuses au lieu d'une. Est-ce bien là après tout une exception ; et si l'on n'a presque jamais noté qu'une enveloppe, ne serait-ce pas plutôt que la membrane externe, confondue avec la dure-mère, n'a pas toujours été bien cherchée ?

Quant aux portions de l'encéphale herniées, manifestement c'est toujours le cerveau qui s'échappe en bas, en avant, en haut, et dans toutes les hernies postérieures qui se font au-dessus du niveau de la bosse occipitale. Au-dessous de cette bosse, c'est toujours le cervelet ; mais la question est moins facile pour les hernies qui occupent la place de cette bosse même. Or, nous croyons pouvoir établir en fait que, lorsque le crâne garde sa forme et son volume, toute hernie encéphalique par le centre de l'os occipital se fait aux dépens du cerveau. Dans quelques cas où le crâne s'était affaissé, où presque tout l'encéphale avait été chassé au dehors, le cervelet avait suivi le cerveau à l'extérieur ; mais l'affaissement du crâne servirait à reconnaître ces cas, pour lesquels d'ailleurs le praticien n'a plus rien à faire. Hors de là, il n'y a pas d'exceptions à la règle que nous venons de poser ; et elle ne paraîtra pas sans quelque importance, si l'on songe que M. Thierry d'abord et M. Velpeau ensuite, dans des opérations tentées pour des encéphalocèles de cette sorte, ont cru tous deux avoir affaire au cervelet.

En définitive, nous n'avons pu recueillir que sept observations de hernies cérébelleuses ; une vue par Bennett, traversant la suture occipito-mastoïdienne ;—trois par Lallement, Béclard et M. Baffos, sortant par un trou distinct de l'occipital, au-dessous de la bosse du même nom ;—celle de Reiselius, sortant par une fente confondue avec le

---

(1) Nægelé, *Sur l'encéphalocèle congéniale, Journ. complémentaire*, tom. XIII, pag. 227.

grand trou occipital;—et enfin une de M. Breschet et une d'Isenflamm, sorties par le grand trou occipital même (1).

Il est rare que le sac herniaire ne contienne pas une quantité plus ou moins considérable de liquide; cependant il n'en est point fait mention dans les observations de Lallement, de Bennett et quelques-unes de celles de M. Breschet. D'un autre côté, y a-t-il, comme on l'a dit à l'Académie, des cas dans lesquels le cerveau déplissé est en contact avec la dure-mère, le liquide étant contenu dans les ventricules cérébraux faisant partie de la tumeur? On comprend que cette circonstance pourrait n'être pas sans influence sur la décision du chirurgien. Or, nous n'en avons pas rencontré un seul exemple; quelquefois il y avait en effet de la sérosité dans les ventricules, mais toujours une bien plus grande quantité de sérosité au dehors, c'est-à-dire entre le cerveau et la dure-mère; de telle sorte que, dans un encéphalocèle fluctuant, la ponction ou l'incision nécessaire pour arriver au liquide n'a jamais besoin d'intéresser le cerveau.

On a avancé aussi que la tumeur herniaire contenait toujours une portion de l'encéphale. Cela n'est nullement exact. Dans les obs. 13 et 26 de M. Breschet, dans l'observation de M. Plaisant, dans une autre de M. P. Dubois (2), le sac herniaire ne contenait que du liquide et n'avait probablement jamais contenu autre chose. De telle sorte que, quant à ses parties constituantes, la tumeur encéphalocélique peut renfermer:

1° Une portion du cerveau ou du cervelet sans sérosité;

2° De la sérosité seulement;

3° Une portion du cerveau ou du cervelet avec de la sérosité;

4° Enfin quelquefois de la sérosité dans le sac, puis une portion du cerveau contenant de la sérosité dans les ventricules.

Mais, s'il en est ainsi, comment se fait-il qu'un homme aussi habile que M. Velpeau ait pu être trompé un instant, et croire que la poche liquide était en dehors de la dure-mère? Ceux qui ont relevé cette erreur auraient pu rechercher à quoi elle était due; ils auraient vu que la disposition du sac herniaire n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait l'imaginer.

3° *De quelques dispositions particulières du sac herniaire.* — Un sac simple, plus ou moins distendu par la sérosité, avec un pédicule rétréci et occupé par un corps dense et mollasse, qui représente la portion d'encéphale herniée, voilà d'ordinaire comment l'encéphalocèle se présente. Mais, même avec cette forme si simple, on ne saurait affirmer que la hernie est unique. Dans le cas de Schneider, une tumeur arrondie contenait cependant deux hernies distinctes, ainsi que le montra l'autopsie. Voilà une première difficulté.

Il n'est pas rare, au contraire, de trouver la tumeur extérieure multiple, ce qui conduirait tout naturellement à soupçonner autant de hernies que de tumeurs; mais là encore on courrait grand risque de se tromper. Dans la 13e observation de M. Breschet, il y avait d'abord une énorme tumeur, puis au-dessous d'elle deux autres petites tumeurs à base étroite et comme pédiculées; à l'autopsie on ne trouva que deux sacs herniaires. Le sujet de l'observation 14 portait une tumeur énorme séparée par un sillon en deux parties égales; il n'y avait qu'un sac unique. L'observation 22 montre trois poches extérieures *distinctes* avec une seule ouverture et un seul sac; et nous pourrions citer d'autres cas analogues.

Mais alors même qu'il n'y a qu'une tumeur unique et qu'un sac unique, pense-t-on que les choses apparaîtront toujours aussi simples sous le scalpel? Schneider n'avait d'abord ouvert que la plus grosse tumeur de son petit sujet; à la première incision, il tomba dans une poche contenant, dit-il, un peu de matière semblable à de la substance cérébrale, et environ 10 onces et demie de sérosité sanguinolente. Cette poche enconte-

(1) Voir Boyer, *Tr. des mal. chirurgicales*, art. *Encéphalocèle;*—Breschet, obs. 25 et 26; —Isenflamm, *Archives de médecine*, tom. IV, pag. 299.

(2) *Gazette des hôpitaux* du 9 avril 1840.

nait une autre renfermant cette fois une portion du cerveau, enveloppée d'une membrane qu'*un examen attentif*, dit l'auteur, *nous fit reconnaître pour un prolongement de la dure-mère*. Aussi Schneider conclut que la grande poche était formée par le cuir chevelu; c'est la même erreur qu'avait d'abord commise M. Velpeau, mais que du moins il a su corriger. Dans le cas de Corvinus, une incision cruciale faite à la tumeur fit voir sous la poche principale deux autres kystes également remplis de liquide, et qui ont tellement embarrassé l'observateur, qu'à l'autopsie même il n'a pas su clairement à quoi il avait affaire. On peut en dire autant de Thiébault de Bruyères, qui, lui aussi, trouva sous son bistouri un kyste rempli de liquide sans communication avec la hernie, et qui n'y comprit pas davantage. Desault lui-même, qui avait rencontré une disposition *à peu près semblable*, n'expliquait le double kyste que par *une grosse hydatide du plexus choroïde*, qui avait passé à travers le crâne et s'était prolongée dans la principale tumeur (1).

M. A. Thierry tomba de même sur une cavité séreuse divisée en plusieurs loges; et au milieu de cette cavité on apercevait une membrane transparente soulevée par du liquide. Qu'était-ce que cette membrane? Il semble, car la narration n'est pas bien claire, qu'elle était constituée par les lobes postérieurs du cerveau, très-amincis, et distendus par la sérosité accumulée dans les ventricules. Mais il est au moins certain que le liquide écoulé lors de l'incision de la tumeur ne communiquait plus avec l'arachnoïde, et se trouvait contenu dans *une membrane multiloculaire accidentelle qui tapissait les loges multiples de la tumeur* (2).

On voit par là comment des hommes d'une habileté éprouvée ont pu et dû se trouver embarrassés en face de dispositions aussi étranges. M. Thierry lui-même, qui a cependant reconnu là *une membrane multiloculaire accidentelle,* mais qui malheureusement a oublié de suivre la dure-mère, conclut encore que ces tumeurs doivent varier de nature, et que l'on a confondu sous le nom générique de spina-bifida des hydatides, des kystes séreux, etc. Le fait plus net, plus exact, plus complet et enfin mieux étudié de M. Velpeau, nous donne la clef de ces apparences, qui sont dues au développement de fausses membranes entre l'arachnoïde pariétale et l'arachnoïde viscérale.

4° *Quelle est la cause de l'encéphalocèle?* — Si nous nous arrêtons à cette question, c'est qu'elle nous paraît de nature à influer aussi sur la détermination du chirurgien. Les uns ont pensé que des brides formées entre le placenta et le cuir chevelu attiraient le cerveau à l'extérieur; les autres ont accusé des arrêts de développement; l'étude attentive d'un certain nombre de faits ne laisse à ces deux hypothèses pas même une ombre de vraisemblance. D'autres, et Béclard particulièrement, ont accusé l'hydrocéphalie; mais à notre avis ils n'ont touché qu'une partie du but. Si volumineuse que soit l'hydropisie des ventricules, jamais elle ne détermine de hernie à l'extérieur; mais elle repousse en tous sens et uniformément le crâne. Au contraire, nous ne sachions pas d'exemple d'une hydropisie extérieure à l'encéphale, dans la grande cavité arachnoïdienne, avec un crâne demeuré complet; de telle sorte que pour nous l'hydropisie ventriculaire produit l'hydrocéphale, et l'hydropisie arachnoïdienne produit l'encéphalocèle, de même que l'ascite détermine aussi des hernies ombilicales. Le mécanisme peut être double; ou bien le sac étant formé d'abord par la pression du liquide, l'absorption de celui-ci fait revenir le crâne encore mou sur le cerveau, qui en remplit tous les vides; c'est de cette façon que l'exomphale succède à l'ascite guérie. L'encéphalocèle est alors l'indice et le produit de la guérison; il est *sec*, si l'on peut ainsi dire; il ne saurait être réduit dans une cavité déjà remplie; il est absolument défendu d'y toucher. Ou bien l'accumulation de liquide est si forte, qu'après avoir repoussé la dure-mère au dehors, elle y repousse l'encéphale à son tour; et c'est ainsi que l'on a vu même l'encéphale tout entier jeté hors du crâne. Dans ces cas extrêmes, l'hydropisie peut encore disparaître;

(1) *Journal de chirurgie* de Desault, tom. III, pag. 327 et suiv.

(2) L'*Expérience*, tom. I, pag. 54.

alors le crâne s'affaisse sur lui-même à mesure que le liquide est absorbé, et il ne reste plus de sérosité, même dans la tumeur extérieure; les observations 14 et 15 de M. Breschet en sont de superbes exemples. Mais, dans les cas moins graves, il y a généralement plus d'eau dans la tumeur extérieure que dans le crâne même; l'hydropisie est pour ainsi dire toute au dehors, et la réduction est alors impossible. On n'en conçoit la possibilité que s'il s'agit d'une très-petite portion du cerveau, et si le vide laissé par la hernie dans le crâne a été rempli par de la sérosité. Ainsi, dans le cas de M. Velpeau et dans quelques autres, le lobe du cerveau qui faisait hernie au dehors était plus petit que l'autre, bien qu'à l'extérieur du crâne on n'eût aperçu aucune inégalité.

Notons enfin que c'est à tort qu'on décrit l'encéphalocèle comme une affection toujours congéniale; M. Breschet cite un cas où il était venu après la naissance, et un autre survenu seulement à l'âge de trois mois; chez la malade de Bennett, la première tumeur apparut quatre semaines après la naissance, et la seconde plus de deux ans après; enfin, la hernie aqueuse de M. Plaisant n'était devenue sensible qu'à l'âge de huit ans.

5° *Du pronostic de l'encéphalocèle.* — Si notre étiologie est juste, l'encéphalocèle n'est point mortel par lui-même, à moins que le déplacement soit tellement considérable que le cerveau ne puisse remplir ses fonctions; et le danger vient uniquement de l'hydropisie arachnoïdienne dont il est le produit et l'un des principaux phénomènes.

Adams rapporte le cas d'une petite fille qu'il guérit par la ponction, non pas de l'encéphalocèle, mais de l'hydropisie extérieure. La tumeur cérébrale avait même augmenté loin de diminuer; cependant six ans plus tard l'enfant était forte et bien portante.

La malade de Bennett portait déjà sa première tumeur depuis deux ans quand le chirurgien, ayant tenté de l'opérer, put s'assurer que l'encéphalocèle ne contenait pas de liquide. L'opération ne fut pas continuée; la malade guérit de sa plaie, non de sa tumeur, et ne mourut qu'à l'âge de 17 ans.

Chez la malade de Held, la tumeur, du volume seulement d'une pomme de reinette, ne contenait par-dessus l'encéphalocèle que deux onces de liquide. Elle était arrivée ainsi jusqu'à l'âge de 19 ans.

L'opérée de Lallement n'avait pas de liquide dans sa tumeur; elle avait 23 ans, et aurait sans doute vécu plus longtemps sans l'opération.

Ajoutez enfin le sujet de la 25e observation de M. Breschet, qui était probablement un adulte, puisque son cadavre fut rencontré parmi ceux de l'école pratique, et qui, autant qu'on peut le présumer, n'avait également qu'un encéphalocèle sans hydropisie.

Chez trois de ces sujets la hernie était formée par le cervelet; chez les autres par le cerveau.

La première partie de notre pronostic peut donc passer pour démontrée; bien plus, lorsque l'hydropisie est stationnaire, il y a peu de péril. La jeune fille qui fait le sujet de la treizième observation de M. Breschet avait un hydrocéphalocèle fort considérable; néanmoins elle avait atteint l'âge de 7 mois, accomplissant bien toutes ses fonctions, montrant même beaucoup d'appétit, lorsqu'on la soumit à des ponctions répétées auxquelles elle finit par succomber. Un autre sujet observé par M. A. Bérard et qui était dans le même cas vit encore aujourd'hui, et a près de deux ans, en portant toujours sa tumeur (1).

Au contraire, lorsque l'hydropisie tend à s'accroître, le danger est imminent; autant qu'il est permis de l'inférer des observations connues, la pression exercée sur l'encéphale et sur la hernie finit par déterminer une inflammation dont les fausses membranes sont le témoignage irréfragable; et si l'enfant résiste à une première atteinte, il succombe aux exacerbations suivantes. Il semble aussi que quelquefois la poche menace de se rompre; cependant nous n'avons pas trouvé d'exemple de rupture spontanée, et la mort arrive toujours auparavant.

(1) *Gazette des hôpitaux* du 15 octobre 1844, et *Bulletin de l'Académie*, tom. X, pag. 112.

6° *Du traitement.*—D'après tout ce qui précède, les indications sont claires et précises. Respecter l'encéphalocèle quand l'hydropisie a disparu; — s'abstenir même encore quand l'hydropisie paraît stationnaire, ou du moins la combattre par des moyens tout à fait en dehors de la médecine opératoire; — et enfin ne reconnaître comme raison suffisante d'agir que les cas où l'hydropisie augmente et menace directement la vie.

Ces premiers principes posés éclaireront d'une vive lumière les tentatives hasardées jusqu'à ce jour, et qui, il faut le dire, ont toujours été faites sans règle et sans mesure, quelquefois même sans que le chirurgien sût bien ce qu'il faisait. En rangeant ces essais d'après les opérations les plus graves jusqu'aux plus légères, on a donc essayé: 1° l'*excision;* 2° la *ligature;* 3° l'*incision;* 4° la *ponction;* 5° le *taxis;* 6° la *compression.*

1° L'*excision* a été faite par Thiébault et par M. Norgeu (1); le premier enfant mourut environ 24 heures après; le second au bout de 13 heures.

2° La *ligature* du pédicule de la tumeur a été pratiquée par un chirurgien dont parle Foreest, et depuis par Schneider, Gistren et M. Velpeau; celui-ci y a joint l'excision de la tumeur en deçà de la ligature. Le premier opéré est mort au bout d'environ trois semaines; le second au bout de 11 jours; le troisième après quelques jours seulement; le dernier au bout de 36 heures.

3° L'*incision* a été faite, à dessein ou autrement, par Fried, Lallement, Held, Bennett, et MM. Plaisant et Thierry. Dans les deux cas de Lallement et de Bennett, il y avait eu méprise; mais aussitôt l'encéphalocèle reconnu, l'opération fut arrêtée. La première malade succomba le huitième jour, l'autre guérit.

Sur les quatre autres cas il y eut deux guérisons, ce qui rend leur étude fort importante. Les deux sujets de Fried et de M. Thierry étaient des nouveau-nés, portant des hydrencéphalocèles très-considérables; chez le premier, qu'on avait pansé à plat, la sérosité ne cessa en quelque sorte de couler après l'opération, et la mort arriva en 24 heures; le second, chez qui on avait excisé le sac et réuni la plaie par la suture entortillée, vécut 17 jours. — Les deux cas de succès ont de grandes ressemblances. C'étaient deux femmes, l'une de 19 ans, l'autre de 8; chez toutes deux la tumeur sortait par la fontanelle antérieure, et était peu volumineuse; dans le cas de M. Plaisant elle ne contenait que de la sérosité. Dans les deux cas la réunion de la plaie extérieure fut prompte; et même, Held ayant réussi à réduire l'encéphalocèle, dans les deux cas il y eut oblitération osseuse de l'orifice, et conséquemment guérison complète. Seulement il est à noter que, dans le cas de Held, il n'y avait nul besoin d'opérer, la tumeur ayant même été prise pour un méliceris; tandis que dans l'autre la tumeur augmentait et s'accompagnait de convulsions qui laissaient tout à craindre.

4° La *ponction* a été faite un assez grand nombre de fois par Becker, Earle, Horner, R. Adams, MM. Breschet, A. Bérard et d'autres (2). Les succès ont été différents selon le procédé suivi, l'état des sujets, et surtout le nombre des ponctions faites.

Becker piqua la tumeur avec une lancette chez un enfant dont l'hydropisie était médiocre et stationnaire. La plaie ne se referma point; la piqûre donna continuellement issue à de la sérosité qui finit par devenir purulente, et la mort arriva le vingtième jour. Ici le procédé peut être justement mis en cause.

Earle pratiqua des piqûres successives avec une aiguille ordinaire, et quelques-unes même avec une lancette, mais en ayant soin de bien refermer les plaies. Il n'y eut d'abord aucun accident; mais enfin la tumeur s'ulcéra et l'enfant périt.

Horner introduisit plusieurs jours de suite des aiguilles à acupuncture dans la tumeur, faisant à chaque fois sortir 2 ou 3 onces de liquide; mais au bout de 24 heures

(1) Isid.-G. Saint-Hilaire, *Ouvrage cité*, tom. I.

(2) Voir les Mémoires déjà cités de M. Dezeiméris et de M. Breschet; — le *Dict.* de S. Cooper, art. *spina-bifida*, etc.

la tumeur avait repris son volume. Le liquide étant devenu plus épais, on eut recours à la lancette; du pus se forma dans les ventricules, et l'enfant succomba le quinzième jour du traitement.

M. Breschet affirme que les ponctions faites par lui, soit à l'hospice des Enfants-Trouvés, soit dans d'autres hôpitaux, et celles qu'il a vu faire n'ont jamais été heureuses. Il en rapporte deux observations. Chez la première enfant, âgée de 7 mois, l'hydropisie étant stationnaire, on fit une première ponction avec un trocart très-mince et l'on donna issue à 12 onces de liquide; le lendemain la tumeur avait repris tout son volume. Nul accident. Trois jours après, nouvelle ponction; cette fois il y eut un peu d'agitation. Sept jours après, troisième ponction; accidents convulsifs. Sept jours après, quatrième ponction; il sort un liquide purulent; la plaie ne se referme plus; l'enfant meurt le cinquième jour.

Dans les trois cas qui précèdent, ce sont bien les ponctions répétées qui sont causes de la mort; on suit pour ainsi dire pas à pas leur funeste influence, d'autant plus regrettable que rien n'exigeait l'opération. Dans l'autre cas de M. Breschet, l'opération était urgente; mais ce qui en faisait l'urgence en fit en même temps le danger.

C'était un enfant de 6 mois, portant depuis 3 mois un hydrencéphalocèle qui faisait des progrès notables; il y avait de fréquents accès convulsifs. On fit une seule piqûre extrêmement étroite, dans un simple but d'exploration; il en sortit une cuillerée de liquide limpide; dès le soir même survint une méningite qui fut promptement mortelle.

Restent enfin les faits de M. Bérard et d'Adams. M. A. Bérard ne fit qu'une ponction pour une hydropisie stationnaire; la tumeur se reproduisit, on n'y toucha plus, et on fit bien. Adams dit s'être souvent bien trouvé de la ponction, il a perdu cependant un enfant qui est mort le 9e jour; mais enfin il rapporte le cas de succès suivant.

Il s'agit d'un enfant né depuis peu de jours et dont la tumeur paraissait près de se rompre. Une ponction, faite avec une aiguille très-fine, donna issue à une demi-once de liquide. Le lendemain, la tumeur était redevenue aussi volumineuse. En conséquence, quelques jours plus tard on répéta la ponction; et ainsi 7 fois de suite avec l'aiguille, et une fois avec une lancette; dans ce dernier cas seulement il y eut un peu de fièvre. La peau à la longue devint plus ferme; *enfin la quantité de liquide devint si peu considérable que la ponction ne fut plus nécessaire. Le volume de la hernie n'avait cependant pas diminué.*

5° *Le taxis.*—On peut bien, dans quelques cas, faire rentrer une portion de la sérosité dans le crâne; mais ce n'est pas de cette réduction insignifiante que nous voulons parler, mais de celle qui s'appliquerait à la hernie même. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas où le taxis ait été employé seul; c'est celui de cet enfant *proencéphale* cité par M. Is.-G. Saint-Hilaire d'après le docteur John et Jacobæus; il vécut quatre jours; *et l'on pensa que sa mort avait été avancée par les efforts faits pour repousser le cerveau dans la cavité encéphalique.*

M. Thierry est le seul qui ait essayé de réduire après avoir mis à nu l'encéphalocèle; *mais l'ouverture était trop étroite*, dit-il lui-même, *et on ne pouvait pas débrider.* Nous ajouterons que cela n'est même pas rationnel; dans le cas unique où Held put faire rentrer le cerveau, il y parvint par une compression soutenue et non par le taxis direct. Nous allons voir d'ailleurs que cette compression même n'est pas sans danger.

6° *La compression.*—M. A. Bérard a essayé, avant toute ponction, la compression sur la tumeur à l'aide de bandelettes de diachylon. Cette compression est restée appliquée assez longtemps pour qu'on pût apprécier ses effets; elle a été supportée sans inconvénients; mais le volume de la tumeur n'en a pas été le moins du monde modifié. Adams, lui, l'a essayée après la ponction, également à l'aide de bandelettes; sur la malade dont nous avons parlé, des convulsions obligèrent à l'abandonner, et il n'a pas osé y revenir.

Si maintenant nous résumons tous ces essais, nous verrons que l'excision, la ligature, le taxis, qui ont pour but de faire disparaître l'encéphalocèle même, ont été constamment

suivis de mort. L'incision et la ponction, qui s'attaquent à l'hydropisie seule, comptent chacune un cas de succès, c'est-à-dire où le liquide en effet n'a pas reparu. La compression sur la poche entière est inutile ; sur la poche vidée elle est dangereuse, bien qu'ayant une fois obtenu un succès complet. Nous n'avons pas cru devoir mentionner certaines excentricités qui ne proposent rien moins que d'aspirer à l'aide d'une seringue la sérosité de la poche extérieure d'abord et du crâne ensuite, pour y faire une place à la hernie, laquelle y serait réduite à l'aide d'un débridement sous-cutané ; invention de la même force que l'opération césarienne également sous-cutanée, et qui vient, comme on le pense bien, de la même source.

En dernière analyse, quelle conduite devra tenir le praticien en présence d'un encéphalocèle? S'il n'y a que de la matière cérébrale, s'abstenir. Si à l'encéphalocèle se joint une hydropisie, ou même si le sac ne contient que du liquide, deux cas se présentent. Ou bien l'hydropisie est stationnaire, et le plus sage est encore de ne rien tenter ; ou bien elle augmente, détermine des phénomènes graves, menace en un mot la vie du sujet ; et alors, sans prétendre dissimuler le danger de cette ressource extrême, nous pensons que l'on est autorisé à tenter, selon les circonstances, la ponction ou l'incision.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

SUITES FACHEUSES D'UNE AMPUTATION DE CHOPART, *éclairées par la dissection* ; par M. STANSKI.

Nous nous sommes occupés de cette importante question au commencement de cette année (*Voy.* pages 21 et 58), et nous avions rapporté avec quelques détails quatre observations de M. Laborie, qui ne parlaient pas beaucoup en faveur de l'opération. Deux des sujets avaient été perdus de vue ; un troisième avait succombé ; mais enfin, chez la femme Poncet, la résection d'une portion altérée du calcanéum et la section du tendon d'Achille semblaient avoir entièrement remédié aux suites fâcheuses de l'amputation de Chopart précédemment pratiquée. M. Laborie disait avoir revu la malade ; la cicatrice se maintenait *parfaite, très-régulière*, et la marche était facile (*Voy.* ci-devant, page 22).

Or, il nous faut même renoncer à ce succès si péniblement acheté ; et M. Laborie paraît l'avoir admis avec un peu trop de complaisance. M. Stanski, qui a donné des soins à la malade depuis cinq ans, qui l'a engagée lui-même à aller à l'hôpital Cochin d'abord, et plus tard à l'hôpital Saint-Louis, et qui, en désespoir de cause, a dû lui amputer la jambe, vient d'en publier l'histoire complète ; il affirme d'abord que, malgré la section du tendon d'Achille et malgré l'emploi d'un bandage approprié, jamais M. Jobert ne put arriver complétement à maintenir le pied dans sa position normale, non plus qu'à obtenir une cicatrice complète, non plus qu'à faire appuyer la malade sur le membre opéré. Nous reprendrons ici textuellement l'observation de M. Stanski, qui mérite d'attirer toute l'attention des chirurgiens.

« Lorsque la malade sortit de l'hôpital, elle conservait encore deux ou trois petites fistules autour de la cicatrice, qui ne se tarirent jamais, donnèrent continuellement du pus dont la quantité augmentait considérablement lorsque la malade voulait marcher, même avec des béquilles ; car elle n'a jamais pu s'appuyer sur son membre opéré, malgré un soulier approprié à l'état de son pied. Celui-ci rougissait en outre, s'enflait et devenait très-douloureux au moindre exercice, et la femme Poncet, après les deux opérations qu'elle avait subies, était encore condamnée à rester au lit. En même temps le talon se renversa peu à peu encore davantage en arrière, et la cicatrice, fortement tiraillée, se trouvait dans la direction de la plante du pied ; la jambe, en touchant le sol, appuyait directement sur elle, ce qui augmentait encore les douleurs. Du reste, la malade conservait son embonpoint et jouissait d'une assez bonne santé ; mais elle demandait instamment d'être débarrassée de la portion du pied qui était la source de tant de douleurs et l'empêchait de vaquer à ses affaires.

« J'ai donc pratiqué l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, le 21 novembre 1843, près de deux années après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis.

« L'opération et ses suites n'ont présenté rien d'extraordinaire ; la plaie a été réunie par première intention ; les ligatures ne tombèrent que le dix-septième jour, et le vingt et unième la plaie a été presque entière-

ment fermée. Aujourd'hui la malade se porte parfaitement bien, n'éprouve aucune douleur dans le moignon, et marche avec une jambe artificielle de Martin.

« *Examen de la portion de la jambe amputée.* — Après avoir disséqué avec soin le pied, on voit que tous les tendons des muscles de la région postérieure de la jambe, tels que ceux du jambier postérieur, du long fléchisseur du gros orteil, du fléchisseur commun, ont une insertion fixe à la partie antérieure de la face inférieure du calcanéum; les deux tendons des péroniers latéraux s'attachent aussi à cet os, et comme leur poulie de renvoi, formée par la face postérieure de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, est plus en arrière que leur insertion, on imprime, en tirant sur ces muscles, au calcanéum et à l'astragale, un mouvement d'extension.

« Les tendons du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils prennent leur insertion sur la peau; par conséquent, cette insertion étant mobile, les tendons n'ont aucune action sur les os, et il n'y a que l'extenseur propre du gros orteil qui s'insère au bord supérieur de la facette articulaire antérieure de l'astragale; encore n'imprime-t-il à cet os qu'un mouvement de flexion très-borné.

« Presque toute la portion du calcanéum qui se trouve au-devant de la facette articulaire supérieure externe a été enlevée par la résection à l'hôpital Saint-Louis; cependant on voit encore une grande portion de cet os, ainsi que de l'astragale, qui est cariée. Les deux os sont tellement tirés en arrière et en haut que le calcanéum touche le bord postérieur de la face articulaire du tibia.

« Enfin, outre les tendons des muscles postérieurs de la jambe qui tirent le pied en arrière, le calcanéum est encore fortement fixé dans l'extension par les fibres postérieures des ligaments latéraux, et surtout par celles de l'externe, qui se sont rétractées et forment comme une corde très-solide. L'astragale est luxé en avant, et est sorti presque en entier de la poulie formée par les extrémités inférieures du péroné et du tibia, de manière que sa facette articulaire antérieure regarde en bas. Après le relâchement de tous les tendons postérieurs, il est impossible de faire rentrer cet os à sa place et de ramener en avant le calcanéum, qui est maintenu en arrière par le ligament latéral externe, comme nous l'avons dit. »

M. Stanski ajoute à ce récit quelques remarques intéressantes.

« Ce fait nous montre, dit-il d'abord, que, dans le cas de carie des os spongieux du pied par suite d'une cause interne, on ne doit pas se borner à faire des amputations partielles; car, abstraction faite des inconvénients qui peuvent résulter de ces opérations et dont nous parlerons tout à l'heure, on voit qu'en laissant les autres os du pied en place, on est d'autant moins certain qu'il n'y aura pas de récidive, qu'on n'a aucun signe évident si les os qu'on laisse ne portent pas déjà un germe de la même maladie, qui tôt ou tard se terminera par abcès et fistules, pour lesquels il faudra faire de nouvelles opérations. »

Cette conséquence serait d'une haute gravité si elle était mieux appuyée; mais, précisément chez sa malade, la carie avait succédé à une entorse, en sorte que son unique fait demeure en dehors de la conclusion qu'il veut en tirer. Les considérations suivantes ont plus de justesse, bien que péchant encore par trop de généralité.

« L'examen du pied amputé nous montre que l'amputation de Chopart, loin de présenter un avantage aux opérés, leur est plutôt nuisible. Car, dans cette opération, les os du tarse étant désarticulés presque au niveau du bord antérieur de la poulie articulaire formée par le tibia et le péroné, les tendons des muscles antérieurs de la jambe, en supposant même qu'ils prissent leur point d'attache sur l'astragale, agissent sur un bras de levier tellement court par rapport à celui sur lequel exercent leur action les muscles de la région jambière postérieure, qu'ils ne pourraient d'aucune manière contre-balancer l'action de ces derniers; et pour peu qu'ils prennent leur insertion sur la peau, comme cela est arrivé chez cette malade, toute leur action est perdue quant aux mouvements du pied; tandis que les tendons des muscles postérieurs, s'attachant à la face inférieure et à l'extrémité postérieure du calcanéum, conservent toute leur action. Il en résulte donc que les fibres de ces muscles, en se rétractant, relèvent avec force le talon en arrière, favorisent par cela même la rétraction des ligaments et des fibres aponévrotiques qui se trouvent en arrière de l'articulation tibio-tarsienne, et enfin attirent la cicatrice du moignon en bas: inconvénient qui empêche le malade d'appuyer sur son pied, et auquel on ne peut remédier efficacement par aucune chaussure mécanique, ni même par la section du tendon d'Achille. On en comprendra d'autant plus facilement la raison, qu'on aura lu plus attentivement la description que nous avons donnée de l'autopsie du pied.

« En effet, on a pu voir qu'après la section du tendon d'Achille, il restait encore les tendons des muscles profonds de cette région pour opposer une résistance; mais ce qui opposait le plus grand obstacle à ce que

le pied fût remis à sa place ordinaire, c'étaient les fibres postérieures du ligament latéral externe qui s'étaient fortement rétractées et maintenaient puissamment le pied dans l'extension, bien que tous les muscles eussent été relâchés. Par conséquent il aurait fallu, pour remettre le pied à sa place, non-seulement faire la section des tendons de tous les muscles de la région postérieure de la jambe, mais encore et peut-être principalement des fibres postérieures du ligament latéral externe; remettre l'astragale dans la poulie articulaire du tibia et du péroné, dont il était sorti, et l'y maintenir malgré sa grande tendance à quitter sa position. »

(*Gazette médicale.*)

RUPTURE DU TENDON DU MUSCLE DROIT ANTÉRIEUR DE LA CUISSE.

Les exemples de cette sorte de rupture sont rares dans la pratique, plus rares encore dans les livres; la première mention n'en remonte pas plus haut que Ruysch; Boyer n'en avait vu qu'un seul cas; et M. Demarquay, qui a publié sur ce sujet un intéressant Mémoire, n'avait pu en trouver dans les annales de la science que dix observations, auxquelles il en ajouta trois nouvelles dues à MM. Malgaigne, Velpeau et Blandin. En voici un cas communiqué par M. Lacroix d'Orbec, au *Bulletin de thérapeutique*.

« M. L....., âgé de 71 ans, de petite stature, replet, se promenant à sa campagne dans la matinée du 16 août 1842, glissa sur le gazon desséché par la grande chaleur qui régnait alors, perdit l'équilibre, et tomba violemment sur le siége sans pouvoir se relever. Dans l'effort qu'il fit pour prévenir cette chute, il ressentit à la partie inférieure de la cuisse droite, vers le genou, une vive douleur accompagnée d'un bruit sec assez fort. Appelé quelques instants après l'accident, les circonstances qui précèdent m'ayant été racontées, je préjugeai qu'il s'agissait d'une rupture de rotule par contraction musculaire; mais, ayant examiné le membre, je fus étrangement surpris de trouver la rotule intacte. En effet, la douleur ressentie ne se rapportait pas à cet os; elle avait lieu, mais faiblement alors, à quatre ou cinq centimètres au-dessus. En cet endroit donc existait une dépression telle qu'en pressant un peu, je pus aisément y enfoncer la partie moyenne de l'index. Dès lors, je ne doutai plus que je n'eusse affaire à une rupture du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse; car je m'étais assuré, par l'absence complète des signes caractéristiques, qu'il n'existait pas de fracture du fémur. Ainsi dépression, douleur locale seulement manifeste au toucher et par la contraction musculaire, impossibilité des mouvements d'extension de la jambe; tels étaient, je le répète, les signes sur lesquels je dus établir mon diagnostic (il n'y avait aucun gonflement du membre).

« Le cas était nouveau pour moi; il l'eût sans doute été pour bien d'autres; car aucun des confrères des villes voisines auxquels j'en ai parlé, n'en ont rencontré de semblable, soit dans les hôpitaux, soit dans leur pratique. Cependant il fallait prendre un parti. Je n'hésitai pas; je préparai et appliquai de suite le bandage unissant des plaies en travers; inutile de dire que le malade avait été préalablement mis au lit, le membre entouré inférieurement d'un bandage roulé et placé sur des coussins gradués, de telle sorte que le pied et la jambe dépassaient beaucoup le niveau du tronc et de la tête. A ces moyens furent joints, dans les premiers jours, la diète absolue et des boissons tempérantes pour prévenir les accidents inflammatoires, qui heureusement ne se manifestèrent pas, grâce à l'heureuse constitution de M. L..., dont la patience admirable et la résignation à toute épreuve secondèrent puissamment mes efforts.

« Plusieurs pansements furent nécessaires, tant pour resserrer les bandes relâchées que pour modifier légèrement l'appareil et en renouveler quelques parties. Trois à quatre semaines environ après l'événement, je commençai à imprimer aux articulations de faibles mouvements, dont l'étendue fut successivement augmentée, pour prévenir l'ankylose qu'une longue immobilité eût pu produire sans cette précaution.

« Vers le 50e jour, le bandage unissant fut enlevé; mais je continuai l'usage du bandage circulaire que j'appliquai en 8 de chiffre autour du genou, et dont je fis remonter les doloires jusqu'à l'extrémité supérieure de la cuisse, dans le but de comprimer les muscles et d'en prévenir la contraction involontaire. Ce simple appareil fut continué jusqu'au 70e jour, bien qu'avant cette époque la réunion m'eût paru complétement opérée; mais il fallait lui donner le temps de se consolider. Dès lors je laissai le membre libre de toute entrave, ne conservant que les coussins, dont je diminuai graduellement le nombre jusqu'à ce que je fusse arrivé à la position horizontale.

« Le 80e jour seulement je permis à M. L... de se lever. On le plaça dans un fauteuil; bientôt il put marcher avec des béquilles. Il ne tarda pas à y substituer l'aide d'un bras, puis un bâton. Vingt-un mois se sont écoulés depuis ce grave accident, et la cure est parfaite. M. L... marche aussi bien qu'auparavant; il n'a éprouvé, pendant les premiers mois, d'autre inconvénient qu'un certain gonflement de la jambe: effet inévitable, mais passager, de l'inaction à laquelle le membre avait été si longtemps condamné. »

Nous n'avons rien à dire sur le traitement très-rationnel employé par M. Lacroix; si ce n'est que peut-être a-t-il poussé la prudence un peu à l'excès, en retenant son malade au lit quatre-vingts jours. D'après ce que nous savons aujourd'hui de la réunion des os et des tendons, soixante jours suffisent de reste pour une rupture de ce genre.

Obstétrique.

MÉMOIRE SUR LE SEXE DE L'ENFANT, *considéré comme cause de difficulté et de danger dans la parturition*; par J.-Y. SIMPSON, *professeur d'accouchements à l'Université d'Edimbourg.*

La science doit déjà au professeur Simpson, d'Édimbourg, d'ingénieuses recherches sur plusieurs questions qu'il s'est efforcé d'éclairer par la statistique. Nous avons fait connaître cette année (p. 57) le résultat des investigations par lesquelles il a renversé l'opinion accréditée depuis Hunter, sur la stérilité des femmes nées sœurs jumelles de garçons. Aujourd'hui Simpson établit sur des données précises une opinion assez généralement reçue, mais qui, pour prendre rang dans la science, avait besoin de la sanction des faits.

Le Mémoire de l'illustre accoucheur d'Edimbourg renferme quatre chapitres.

Il démontre dans le premier que les dangers et les difficultés de la parturition sont plus grands pour la mère dans le cas d'enfants mâles que dans le cas d'enfants du sexe féminin.

Il fait voir dans le second que les dangers et les accidents qui résultent de la parturition et de ses suites sont plus grands pour les garçons que pour les filles.

Il expose dans le troisième les causes qui rendent plus souvent dangereuse ou fatale à la mère et à l'enfant la naissance des enfants mâles.

Le quatrième est consacré à des déductions pratiques.

Pour arriver à la solution des questions qu'il s'était proposé de résoudre, Simpson s'est servi des tables que lui fournissait l'ouvrage du docteur Collins, ancien *Master* (médecin-accoucheur en chef) de la Maternité de Dublin. Ces tables donnent le résultat statistique de plus de seize mille accouchements; parfaitement complètes sous tous les rapports, elles le sont surtout sous celui du sexe de l'enfant, qui importe particulièrement à l'éclaircissement de la question examinée dans ce Mémoire.

A l'aide de ces tables, Simpson établit une série de propositions, dont l'exactitude, fondée sur des nombres imposants, ne saurait être contestée.

PREMIÈRE PROPOSITION.—*Parmi les mères qui succombent en accouchant ou aux suites immédiates de la parturition, un plus grand nombre avait donné naissance à des garçons.*

La statistique montre qu'en examinant la question sous ce point de vue, la proportion des garçons aux filles est comme 214 : 100.

DEUXIÈME PROPOSITION.—*Les accouchements qui offrent des difficultés ou quelque complication morbide sont, en majorité, ceux dans lesquels l'enfant est du sexe masculin.*

En comprenant ici les accouchements prolongés, les accouchements compliqués de convulsions ou de rupture de l'utérus, ceux enfin qui ont été suivis d'hémorragie ou de fièvres puerpérales, et faisant du tout une seule masse, on trouve que les garçons sont aux filles comme 165 : 100.

TROISIÈME PROPOSITION.—*Les enfants mort-nés de femmes qui succombent pendant le travail ou en couches sont plus souvent garçons que filles. Le contraire a lieu pour ceux qui naissent vivants.*

Pour le premier terme de la proposition, nous trouvons les rapports suivants:

Garçons morts à garçons vivants, 95 : 100.
Filles mortes à filles vivantes, 48 : 100.

Pour le deuxième terme:

Garçons vivants à garçons morts, 110 : 100.
Filles vivantes à filles mortes, 226 : 100.

QUATRIÈME PROPOSITION. — *Parmi les enfants mort-nés, il y a plus de garçons que de filles.*

Ici le rapport des garçons aux filles est : : 122 : 100.

CINQUIÈME PROPOSITION. — *Les enfants qui meurent pendant le travail même de l'accouchement sont plus souvent du sexe masculin que du sexe féminin.*

Ici sont écartés du calcul les enfants morts et déjà putréfiés, et l'on ne tient compte que de ceux qui succombent pendant la parturition même. La proportion des garçons mort-nés aux filles mort-nées est beaucoup plus forte; elle est : : 151 : 100.

SIXIÈME PROPOSITION.— *Parmi les enfants qui naissent vivants, il y a plus de garçons que de filles offrant quelque état morbide ou quelque lésion produite par le travail de l'accouchement.*

Sur dix-sept enfants morts dans la première demi-heure qui avait suivi leur naissance, les tables du docteur Collins signalent seize garçons et une seule fille.

SEPTIÈME PROPOSITION.—*Plus de garçons que de filles meurent dans les premiers jours, les premiers mois et les premières années qui suivent la naissance; la dispro-*

portion va en diminuant, et cesse après un certain espace de temps.

Cette proposition, est comme la précédente, appuyée sur les documents statistiques puisés d'une part dans l'ouvrage de Collins, où se trouve soigneusement noté le sexe de 139 enfants morts dans le cours de leur première semaine, et dans les tables dressées pour l'Angleterre en 1841, de la mortalité pendant les cinq premières années de la vie.

Passant à la recherche des causes qui rendent la mortalité plus grande chez les garçons que chez les filles, Simpson écarte d'abord l'hypothèse de Clarke, de Quetelet, de Graves qui attribuent cette mortalité plus grande au besoin, pour les enfants mâles, de matériaux nutritifs plus abondants et à l'impossibilité où se trouve souvent la mère de les fournir. C'est encore à l'aide de la statistique que l'auteur renverse cette opinion erronée et qu'il établit cette proposition nouvelle :

HUITIÈME PROPOSITION.—*Parmi les enfants qui meurent dans l'utérus, avant le début du travail, il y a autant de filles que de garçons.*

Sur 296 enfants à terme, nés morts et putréfiés, Simpson compte 148 garçons et 148 filles.

Sur 293 enfants nés avant terme, morts et putréfiés, il trouve 146 garçons et 147 filles.

Si, au contraire, la différence est très-grande lorsqu'il s'agit d'enfants morts pendant le travail même, c'est que le volume des garçons est généralement plus considérable que celui des filles, et que cet excès se fait surtout remarquer dans les dimensions de la tête.

Il résulte des recherches de Clarke que la tête des enfants mâles, mesurée d'une oreille à l'autre en contournant le sommet, est de 2 lignes 5/7 (mes. anglaise) plus grande que celle des filles ; que la circonférence menée sur les extrémités du diamètre occipito-frontal a 4 lignes 2/5 de plus chez les enfants du sexe masculin; d'où il suit que le diamètre transverse de la tête a 1/8 de pouce de plus chez les garçons que chez les filles. Simpson, d'après ces données, établit qu'en surface, la tête des enfants mâles l'emporte d'un dix-neuvième sur celle des filles.

Mais de si légères différences dans les dimensions sont-elles bien suffisantes pour expliquer de si notables différences dans les résultats ? Voilà ce qu'il s'agissait de démontrer. Plusieurs sortes de preuves sont fournies par Simpson.

Il établit d'abord qu'il ne saurait exister d'autre cause que celle qui vient d'être indiquée. Passant ensuite à des preuves positives, il démontre, toujours à l'aide de la statistique, que la proportion des garçons augmente à mesure que la parturition devient plus difficile; que cette proportion est plus forte dans les cas qui exigent l'application du forceps que dans les accouchements simplement prolongés, et plus forte encore dans les cas qui réclament l'emploi des crochets ; que le contraire a lieu dès que l'obstacle à la parturition diminue, comme on peut s'en convaincre par la moindre proportion des garçons qui succombent pendant le travail dans le cas de naissance prématurée, relativement à la proportion de ceux qui meurent dans les accouchements à terme, etc.

Démontrant ensuite par les chiffres que les accidents qui compliquent la parturition après la naissance de l'enfant sont aussi fréquents dans le cas de filles que dans le cas de garçons, l'auteur fournit à la thèse qu'il soutient une preuve indirecte qu'il formule ainsi :

NEUVIÈME PROPOSITION. — *Parmi les accidents qui peuvent compliquer le troisième temps du travail, un nombre égal s'observe dans les naissances de filles et dans les naissances de garçons.*

Enfin l'auteur, considérant la différence qui existe, sous le rapport des difficultés et des dangers, malgré une très-petite différence dans la largeur des voies génitales, entre un premier accouchement et ceux qui le suivent, conclut, par analogie, que la très-petite différence qui s'observe, suivant le sexe, dans le volume de la tête, suffit pour rendre la parturition plus longue, plus difficile, plus dangereuse dans les cas d'enfants mâles; les deux propositions suivantes sont, comme toutes celles qui précèdent, appuyées sur une masse considérable de faits.

DIXIÈME PROPOSITION.—*Une première parturition est plus dangereuse pour la mère et l'enfant que les parturitions suivantes; elle est aussi pour l'un et pour l'autre plus souvent fatale.*

ONZIÈME PROPOSITION.—*L'accouchement est généralement plus long quand l'enfant est du sexe masculin.*

Or, cette plus longue durée est précisément la cause du danger que court l'enfant ; car elle a pour conséquence une longue compression de l'encéphale, plus volumineux, suivant Tiedmann, chez les garçons que chez les filles, et d'ailleurs si volumineux proportionnellement au reste du corps à la naissance et dans les premières années qui la suivent. Et quant aux mères, on conçoit que la longueur du travail a pour elles des conséquences non moins fâcheuses, non-seulement à cause des accidents de toute sorte qui peuvent en résulter, mais encore en raison des opérations diverses auxquelles l'impuissance de la nature oblige de recourir.

S'il peut résulter d'un très-léger excès dans le volume de la tête, de si fâcheuses conséquences, on comprend de quelle importance il

est que cette partie, lorsqu'elle se présente, s'engage dans la direction de ses plus petits diamètres; jusqu'à quel point une légère déviation, lorsqu'elle persiste, peut être fâcheuse; comment la simple réplétion du rectum et de la vessie peut ajouter aux difficultés par le rétrécissement qu'elle produit dans les voies génitales; et quels avantages enfin on se procure par l'emploi des moyens propres à prévenir la congestion et la tuméfaction des parties molles qui tapissent le bassin, et à faciliter la dilatation des organes maternels.

Simpson se livre, en terminant, à quelques conjectures sur l'influence du sexe de l'enfant considéré d'une manière générale dans ses rapports avec la mortalité de la Grande-Bretagne; et prenant pour base les résultats fournis par la Maternité de Dublin et qui ont servi de fondement aux propositions précédentes, il établit que si 3,000 femmes meurent annuellement en travail ou des suites de la parturition, il y en a plus de 500 pour lesquelles cette fatale issue n'a d'autre cause que l'excès de volume propre au sexe masculin; que cet excès de volume est également l'unique cause qui fait périr tous les ans le cinquième des enfants qui meurent en venant au monde, c'est-à-dire près de 1,500; enfin qu'on peut porter à 3,000 par an le nombre de ceux qui succombent dans le cours de leur première année, aux conséquences d'une parturition dont la longueur et les difficultés tenaient à la même cause. — Somme totale, 7,000 individus par an!!

Pharmacologie chirurgicale.

DES CRAYONS DERMOGRAPHIQUES DE M. PYRLAS, *et de leur application au diagnostic des affections chirurgicales.*

Il y a quelques mois, M. Piorry ayant signalé à sa clinique les inconvénients de l'encre et du nitrate d'argent, uniques ressources pour tracer sur les téguments les limites des organes étudiés par la plessimétrie, un jeune Grec, M. J. Pyrlas, imagina une composition dont l'empreinte pouvait résister à la transpiration et même au bain, et qui lui servait à confectionner des crayons dits *dermographiques*. M. Piorry s'en servit avec succès; mais comme leur utilité paraissait restreinte à la pratique médicale, nous n'y avions pas arrêté notre attention. Tout récemment, M. Piorry vient d'en imaginer de nouvelles applications, qui promettent aux chirurgiens des ressources précieuses; nous croyons donc faire une chose utile en en consignant ici les formules :

Première formule.

℞	Axonge	1 partie.
	Térébenthine de Venise.	2
	Cire	3
	Noir de fumée	q. s.

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule, en ajoutant petit à petit le noir de fumée, jusqu'à consistance peu molle. Ensuite retirez le tout du feu, et agitez toujours jusqu'à refroidissement. Donnez à la masse la forme de crayons.

Pour enlever de la peau les lignes tracées par ces crayons, il suffit de les frotter légèrement avec un linge imbibé d'essence de térébenthine.

D'ailleurs, si l'on voulait avoir un crayon moins durable, et facile à effacer sans avoir recours à autre chose qu'à un simple frottement, on remplacerait la térébenthine par du savon commun, et l'on mettrait partie égale de cire.

Enfin, si l'on désirait des crayons rouges, on remplacerait le noir de fumée par du cinabre ou du bioxyde de mercure (précipité rouge).

Cette première formule, avec ses variétés, ne laissait rien à désirer par une température froide ou seulement tempérée; mais les crayons se ramollissaient trop facilement pendant les chaleurs. De là la formule suivante :

Deuxième formule.

℞	Colophane	5 parties.
	Stéarine	4
	Cire	2
	Noir de fumée	q. s.

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule, en y ajoutant peu à peu le noir de fumée jusqu'à consistance peu molle; ensuite versez dans des moules pour former les crayons, et laissez refroidir.

Voyons maintenant le nouveau parti que M. Piorry a tiré de ces crayons.

« Je soignais en ville, dit-il, une petite fille de 18 mois, atteinte d'une hypertrophie rachidienne partielle, probablement de nature tuberculeuse. Je désirais avoir le dessin exact du volume et de la configuration de la tumeur, afin de mieux apprécier les changements qui pourraient survenir sous l'influence du traitement. Or, en me servant de la plessimétrie pour limiter exactement les points où la matité ostéique cessait d'avoir lieu, je traçai une marque noire autour de la tumeur à l'aide du crayon dermographique. Désirant conserver cette figure, il me vint l'idée toute simple d'appliquer à sa surface une feuille de papier blanc, et d'exercer des frictions sur ce papier; de cette façon, le crayon qui avait laissé des traces sur la peau, produisit aussi une empreinte noire sur le papier. L'image produite avait ici l'inconvénient d'être renversée, de sorte qu'il fallait regarder à contre-jour à travers le papier pour se former une idée juste

de la forme et des rapports de l'objet désiré. Il me fut facile de remédier à cet inconvénient, d'abord en noircissant de nouveau avec le crayon dermographique la figure obtenue; puis en appliquant une nouvelle feuille de papier sur la première, et en y prenant enfin une nouvelle empreinte, j'eus un dessin exactement semblable à celui que j'avais obtenu sur la peau. Il devenait, dès lors, facile d'avoir autant d'exemplaires que je l'eusse voulu du dessin dont il s'agit. »

On comprend tout ce que ce procédé offre de ressources pour mesurer les organes intérieurs, à l'aide de la plessimétrie; mais ceci regarde la médecine proprement dite. M. Piorry a signalé lui-même bon nombre de cas chirurgicaux où son utilité sera plus grande encore; ainsi, par exemple :

« 1° Pour l'inspection et la palpation, il fournira les moyens de conserver un dessin exact de la circonscription de phlegmasies diverses, de douleurs cutanées, d'ulcérations, de tumeurs, etc.; de sorte qu'il est peu d'affections chirurgicales où cette organographie ne soit utile.

« 2° Pour l'orthopédie, elle servira à recueillir le dessin plessimétrique exact de la colonne vertébrale. Ce dessin servira de terme de comparaison pour apprécier les changements en bien comme en mal qui, plus tard, pourront survenir dans la direction de l'épine. (Nous ajouterons ici que, sans qu'il soit besoin du plessimètre, il sera facile de noter la direction des épines vertébrales, des crêtes iliaques et des omoplates.)

« 3° Dans une foule de cas, ce moyen pourra servir à conserver un dessin, grossier sans doute, mais exact, des faits d'anatomie en rapport avec les organes sains et malades qu'on jugerait utile de conserver.

« 4° Enfin le chirurgien, dans la délimitation des tumeurs de diverses sortes, en marche croissante ou rétrograde, et dans beaucoup d'autres cas, pourrait tirer le plus grand parti de la dermographie reproduite sur le papier. »

On conçoit d'ailleurs que des esquisses de ce genre, envoyées à distance à un chirurgien consultant, lui donneront une idée bien plus exacte que toutes les descriptions du monde. Nous croyons donc qu'il y a là un moyen nouveau et précieux pour l'observation et pour le diagnostic. M. Piorry a proposé de le nommer *organotypie;* peut-être celui d'*organographie* qu'il a aussi employé et qui se rangerait ainsi à côté des dérivés analogues, *géographie, typographie,* serait-il à la fois plus exact et plus facile à retenir.

(*Gazette des hôpitaux.*)

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATION DE FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE AVEC PARAPLÉGIE; *par le docteur* ROUSSILHE, *chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary.*

Les cas de fractures des extrémités inférieures, compliquées de paraplégie, sont rares. M. Reynaud, chirurgien en chef de la marine à Toulon, en a rapporté un cas dans le numéro de septembre du *Bulletin de thérapeutique.* M. Malgaigne, en analysant ce fait, cite quatre cas analogues, dans trois desquels il n'y a pas eu consolidation de la fracture dans l'extrémité paralysée; dans le quatrième, la guérison eut lieu en cinq semaines. Dans l'observation suivante, la formation du cal et la consolidation a eu lieu dans l'espace de temps ordinaire.

OBS.—M. Auguste T***, lieutenant au 25e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 41 ans, entra à l'hôpital de Castelnaudary le 26 mars 1844. La veille au soir, dans un accès d'aliénation mentale, il s'était jeté du second étage dans la rue. La jambe gauche était le siége d'une fracture comminutive à son tiers inférieur, avec issue du fragment supérieur à travers la peau. Il y avait en même temps paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et de l'intestin rectum. Le malade avait été pansé en ville : on avait reséqué l'extrémité du fragment supérieur du tibia pour en favoriser la réduction.

Le 27, à notre visite, l'appareil appliqué la veille étant trop serré, il fut enlevé, et nous constatâmes l'état suivant. Plaie à la partie antérieure et interne de la jambe; l'exploration de cette plaie nous permit de reconnaître une esquille d'os détachée qui fut extraite. La sensibilité et le mouvement étaient nuls dans les deux extrémités; la vessie était distendue par l'urine qui sortait par regorgement. La jambe fut placée dans un appareil à fracture et arrosée avec l'eau froide; la vessie fut vidée par la sonde. Le malade fut saigné.

Le 2 avril, les accidents inflammatoires sont modérés, la suppuration est établie; paralysie dans le même état.

Le 15, un abcès se forme vers la malléole externe, il est ouvert avec le bistouri; la vessie est toujours paralysée ainsi que ses extrémités inférieures.

Le 30, la suppuration, qui avait été très-abondante, a beaucoup diminué; il sort une esquille. La vessie commence à se vider naturellement ainsi que l'intestin; les jambes sont toujours dans le même état.

Le 25 mai, le cal est solide, on lève l'appareil; la vessie et l'intestin fonctionnent bien; la jambe droite a repris un peu de mouvement.

Le 1er juin, application de cautères à la région lombaire, qu'on a entretenus jusqu'à ce jour. Sous l'influence de ce moyen et de l'usage de l'extrait alcoolique de noix vomique, de la brucine, de l'ergot de seigle, le malade a vu ses mouvements revenir graduellement; il remue très-bien les jambes quand il est couché, mais elles ne peuvent encore servir à la station.

On sait que les fractures comminutives demandent un temps beaucoup plus long pour leur consolidation que les fractures simples. Le pus qui baigne les extrémités de l'os fracturé nuit à la solidification du cal; dans ma pratique particulière, j'ai toujours vu que le cal ne commençait à prendre de la consistance que lorsque le pus diminuait. Je me rappelle un homme de 66 ans qui reçut un coup de pied de cheval qui lui fractura le fémur; le fragment supérieur sortait à travers la peau; il y eut une suppuration énorme pendant trois mois. A sa mort il n'y avait pas de trace de cal. Dans une fracture comminutive de la jambe, la suppuration fut aussi très-abondante; on ne put lever l'appareil qu'après quatre mois. Sans nier l'influence du système nerveux sur la consolidation des fractures, nous pensons que, dans les fractures comminutives, c'est le pus qui baigne les fragments qui est la cause la plus fréquente de la non-consolidation.

En terminant, je ferai remarquer que depuis son accident M T*** n'a présenté aucun symptôme d'aliénation mentale.

Dr Roussilhe.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES *et des opérations qui leur conviennent*, par Boyer; 5e édition, publiée par le baron Philippe Boyer, *chirurgien de l'hôpital Saint-Louis*, etc. — Tome 1er; xxiij — 858 pages (1).

Depuis quelques années, il se fait dans les études chirurgicales un mouvement qui ne saurait être méconnu ni passé sous silence. On apprécie sans doute à leur haute et légitime valeur les leçons des maîtres qui occupent la scène; mais on a compris que les leçons des maîtres qui ont vécu avant nous méritent aussi quelque attention; que le génie et le talent, à quelque époque qu'ils aient apparu, demeurent toujours du talent et du génie; qu'on ne peut que gagner à étudier leurs œuvres, leurs idées, leurs méthodes;

Nocturnâ versare manu, versare diurnâ;

et Paris seulement a vu s'élever successivement de véritables monuments littéraires consacrés à Hippocrate, à A. Paré, à J. Hunter. A côté de ces grands noms peut se placer sans trop d'infériorité celui de Boyer; et c'est avec une vive satisfaction que nous annonçons la nouvelle édition de ses œuvres chirurgicales.

Nous attendrons que l'ouvrage entier ait été publié pour lui consacrer un article plus étendu; pour jeter un coup-d'œil impartial sur les qualités et les défauts peut-être qui lui ont donné une si grande influence sur la chirurgie contemporaine; et, autant qu'il nous sera possible, pour apprécier l'auteur et le livre en regard de ceux qui avaient précédé comme de ceux qui ont suivi. Qu'il nous suffise de répéter pour le moment, ce qui est certes dans la pensée de tout le monde, que nulle bibliothèque de chirurgie ne peut se passer du grand *Traité* de Boyer; et ajoutons seulement quelques mots sur la manière dont le nouvel éditeur a compris son œuvre.

C'est M. Ph. Boyer qui s'est donné la mission filiale d'annoter et de compléter l'ouvrage de son père; et nous ne pouvons que donner notre entier assentiment à la manière dont il l'a comprise. Respecter avant tout le texte, et cependant combler les lacunes de manière à offrir encore aux praticiens et aux élèves le guide le plus sûr qu'ils aient eu jusqu'à présent, telle est la règle générale qu'il s'est imposée. Pour cela, tantôt il a ajouté de courtes notes au bas des pages; d'autres fois, lorsque les additions devaient être plus longues, il les a placées après le texte en les marquant d'un signe particulier. Peut-être eût-il encore été mieux de les imprimer en caractères différents; mais après tout le lecteur n'aura pas à se plaindre si la valeur des intercalations les lui fait confondre avec le texte même. Ces additions sont fort nombreuses dans le premier volume; M. Ph. Boyer y a mis un *Traité d'hygiène* qui n'a peut-être pas une couleur assez chirurgicale; puis deux petits traités sur la *Pathologie et la Thérapeutique générales;* après quoi viennent enfin les maladies chirurgicales.

(1) Cette édition aura 6 volumes, de 800 pages chacun, un volume tous les trois mois. Prix pour les souscripteurs : 8 fr. le volume; pour les personnes qui n'auraient pas souscrit avant la mise en vente du troisième volume, ce prix sera élevé à 9 fr. — Chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 1.

L'ordre général de Boyer a été conservé; il débute comme on sait par les affections communes à tous les tissus; passe ensuite à celles de chaque tissu en particulier, et enfin à celles des régions et des organes. Après avoir établi un ordre si lumineux et si complet, l'auteur n'avait pas su s'y conformer toujours; quelques transpositions auraient suffi pour rétablir la régularité; M. Ph. Boyer n'a pas osé se les permettre. Nous l'en eussions volontiers absous pour notre part; cependant ce respect pour son auteur, même dans quelques imperfections, ne nous déplaît point; et nous préférons de beaucoup en pareille matière l'excès de réserve à la licence. L'ouvrage sera complet en six volumes; cette fois l'éditeur ne fait qu'accomplir le désir de Boyer lui-même.

Disons enfin, ce qui n'est pas indifférent, que la beauté matérielle de cette édition la ferait seule préférer aux précédentes; et que le premier volume est orné d'un portrait de l'auteur.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro le compte-rendu des séances ordinaires des deux Académies, qui n'ont offert d'ailleurs qu'un médiocre intérêt. Disons seulement que M. Moreau a présenté à l'Académie de médecine, le 8 octobre, un enfant atteint d'hydro-encéphalocèle. Une courte discussion, élevée à ce sujet, a été reprise dans les séances suivantes; nous avons rapporté l'observation détaillée ci-devant page 333.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Rapport et discussion sur la myotomie rachidienne.

Séance du 5 novembre.

M. Velpeau, au nom d'une commission composée de MM. Roux, Baudelocque et le rapporteur, lit un rapport sur un Mémoire de M Malgaigne *sur la myotomie rachidienne.*

La commission, après avoir reconnu l'exactitude des observations contenues dans le Mémoire de M. Malgaigne, termine en ces termes:

« Au demeurant, nous croyons être justes en déclarant:

« 1° *Que M. Malgaigne a bien mérité de la pratique, en montrant sous leur véritable jour des faits présentés jusque-là d'une manière inexacte ou incomplète;*

« 2° *Que des remercîments lui sont dus pour avoir fait ressortir de ces faits des vérités dont la connaissance n'importe pas moins à la sécurité des familles qu'à la science et à la dignité de notre profession;*

« 3° *Qu'il convient d'imprimer son travail dans le prochain volume des Mémoires de l'Académie.* »

M. Guérin, qui assistait au commencement de la séance, se trouvant absent lors de la lecture du Rapport, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Séance du 12 novembre.

L'Académie est au grand complet; une foule inaccoutumée se presse dans l'auditoire.

M. Guérin reconnaît que le Rapport est écrit avec modération, et dans une forme tout à fait scientifique; et finit cependant par le comparer à ces familles de plantes qui produisent en même temps des aliments et des poisons. Il dit quelques mots sur ce qu'il appelle *la circonstantialité* des faits; et enfin, il développe les objections suivantes:

D'abord, le Mémoire en question ne contient que 24 cas; et le Relevé en comptait 155. De plus, il y avait dans ce Relevé une catégorie de 4 non guérisons et de 98 cas non traités, non revus ou en traitement; et rien n'établit que les 24 cas du Mémoire n'appartiennent pas à l'une ou à l'autre de ces deux catégories.

Secondement, l'auteur s'est trompé sur plusieurs faits; il a dit par exemple que Célina Lefèvre avait été au Bureau central, et elle est morte à Necker de la fièvre typhoïde; il a dit que Pauline Dumont boitait par suite du traitement, et elle était affectée d'une luxation congéniale du fémur.

Enfin, sur les 24 malades, la commission n'en a vu que 12; encore une de ces 12 n'a pas subi la myotomie et doit être défalquée; reste 11; encore sur ces 11 il y en a que la commission n'a vues qu'à distance. Que valent de pareils faits?

En résumé, l'Académie n'est pas instituée pour juger de la véracité d'un homme et des résultats qu'il annonce. (Marques d'étonnement.) Cependant, après avoir *démoli* tout le travail de la commission, l'orateur avoue qu'il n'a fait qu'une partie de sa tâche. Il devrait maintenant prouver que la myotomie est excellente; il possède à cet égard des faits nombreux; mais il est décidé à ne pas les montrer (Interruption). Et si l'on demandait à d'autres chirurgiens, à M. Roux par exemple, de montrer les succès qu'il a annoncés, que ferait-il lui-même? Toute enquête de ce genre est une inquisition. – L'orateur ne refuse pas des commissions, et il en a demandé à l'Académie et au conseil des hôpitaux; mais il ne veut point qu'elles soient composées d'hommes hostiles; l'hostilité fait tout voir avec des yeux prévenus.

(Toute cette dernière partie du discours de M. Guérin a été prononcée au milieu des murmures et des interruptions. Au moment où l'orateur quitte la tribune, un applaudissement se fait entendre; il est couvert aussitôt par des cris et des sifflets dans l'auditoire. Le président rappelle à l'ordre les interrupteurs).

M. Roux répond à l'interpellation de M. Guérin. Oui, dit-il d'une voix émue, si l'on me demandait de produire au grand jour les faits que j'ai annoncés, oui, je les produirais; et en

vérité, je ne comprends pas qu'un homme de science puisse tenir une autre conduite. (Approbation générale.)

M. Castel commence par une digression sur le charlatanisme pleine de traits sarcastiques qui excitent plus d'une fois l'hilarité de l'Académie. On semble attendre la conclusion ; mais l'orateur s'arrête, et, se rejetant brusquement sur le rapport, il déclare qu'il le trouve éminemment sage et modéré ; mais il en rejette les conclusions comme hostiles à l'un des membres de l'Académie.

M. Velpeau commence par s'étonner de la susceptibilité de M. Guérin. Pourquoi donc avait-il publié son *Relevé statistique ?* C'était, comme il le disait lui-meme, pour répondre aux personnes qui conservaient quelques doutes sur l'utilité de l'orthopédie. Or ce Relevé, au lieu de dissiper les doutes, les accroît ; on demande des preuves ; M. Guerin les promet d'abord, puis il les refuse, puis il les cache ; et il s'indigne qu'on ait voulu les chercher ; il nous demande si nous ne ferions pas de même à sa place ! Non, pour mon propre compte, je ne refuserai jamais ni de prouver les faits que j'avance, ni d'avouer s'il y a lieu que je me suis trompé ; et tout récemment je suis venu, le premier, annoncer à l'Académie une erreur que j'avais commise au sujet d'un encéphalocèle. Mais arrivons aux objections de M Guérin.

Est-il vrai que les 24 cas du Mémoire aient été pris au hasard sur les 155 cas du Relevé ? Non, et M. Guérin sait bien le contraire. Il y a deux sortes de sujets qui ont été traités par M. Guérin, les uns en passant, à la consultation, impossibles d'ailleurs à retrouver. On ne pouvait donc en tenir compte. Les autres à l'hôpital ; ils étaient au nombre de 42. Sur ces 42, plusieurs n'étaient pas restés assez longtemps pour qu'on pût juger le traitement suffisant ; on les a éliminés. Les autres n'avaient point été traités de leur déviation ; on les a éliminés. Tout compte fait, il est resté 30 sujets véritablement traités à l'hôpital ; ôtez encore un mort, reste 29 ; c'est sur ces 29 cas qu'ont été pris les 24 cas du Mémoire. Et pourquoi seulement 24 ? Parce qu'on n'a pas pu retrouver les 5 autres ; mais on a examiné tous ceux qu'il a été possible de retrouver. Ainsi, 29 sujets traités, 24 examinés, 24 qui ne sont pas guéris ; voilà la proportion réelle.

Mais l'auteur, dit-on, s'est trompé ou a été trompé sur deux faits. Voyons quelle est la portée de cette erreur. Une jeune fille, en effet, n'a pas été revue au Bureau central, comme on l'avait dit ; elle est allée mourir à Necker. Mais était-elle redressee ? Cela change-t-il quelque chose au résultat ? Non, elle n'était pas redressée ; nous avons eu à cet égard le témoignage du médecin qui a fait l'autopsie.—Une autre, dit-on, boitait avant le traitement ; donc ce n'est pas le traitement qui l'a fait boiter. Oui, Messieurs, mais il n'y a pas eu ici une simple erreur, il y en a eu deux. Nous avons fait examiner cette malade qui est en province : elle boitait, c'est la vérité, mais le traitement a aggravé la claudication ; mais M. Malgaigne l'avait donnée comme améliorée, et elle ne l'est pas le moins du monde. Et c'est pour nous un devoir de le dire ; ce n'est pas la seule fois que nous avons trouvé les appréciations de M. Malgaigne plus indulgentes que l'exacte vérité.

Enfin M. Guérin prétend que nous n'avons vu que 12 malades. Il a été très-mal renseigné à cet égard ; et nous en avons vu bien davantage. Mais il en est que nous n'avons vues qu'à distance ? Cela prouve que les bosses étaient si considérables qu'il était inutile d'y regarder de bien près. (Rire général.)

Enfin M. Guérin allègue à la commission qu'il s'est fait nommer au Conseil des hôpitaux, et il se méfie des préventions des gens hostiles. D'abord il n'y a pas de préventions qui puissent faire voir droit ce qui est tortu et tortu ce qui est droit ; mais enfin si les ennemis ont leurs préventions, les amis n'ont-ils pas les leurs ? Il est facile de convaincre les gens qui croient par avance ; mais ce n'est pas là ce qu'on cherche d'ordinaire ; et quand Saint-Thomas affectait l'incrédulité, ce ne fut pas Saint-Pierre que le Christ appela pour le convaincre. (Rire général.) En résumé, nous disons que c'est aux incrédules qu'il faut surtout montrer la vérité ; et qu'il faut de tout dans une commission, des amis si l'on veut pour résister aux préventions, mais aussi des ennemis pour tempérer l'enthousiasme. Que signifie d'ailleurs cette commission des hôpitaux ? Combien lui faudra-t-il de temps pour faire son rapport, si elle le fait jamais ? Ici, au contraire, il y avait des faits acquis, faciles à vérifier ; et nous avons plus d'une fois invité M. Guerin à les vérifier avec nous, et nous regrettons encore, et pour lui surtout, qu'il ne l'ait pas fait.

(Nous renonçons à décrire l'effet produit par cette improvisation, pleine de chaleur et de verve. Mais, de l'aveu général, jamais le talent de M. Velpeau ne s'était produit sous des formes aussi brillantes et aussi puissantes à la fois.)

Séance du 19 novembre.

La continuation de la discussion a amené un auditoire plus nombreux encore que dans la précédente séance. On étouffe dans la salle, et beaucoup de spectateurs se pressent encore à la porte et dans les corridors.

M. Guérin lit une réponse écrite ; mais sa parole semble moins ferme que la première fois. Il répète ses premiers arguments ; et cependant il ajoute qu'il a conduit Mlle Lechner chez M. Roux, et que M. Roux l'a trouvée bien redressée.

M. Roux, interpellé à cet égard, convient qu'il n'a pas trouvé de difformité ; mais il se plaint que M. Guérin n'ait voulu lui donner aucun renseignement, pas même le nom de la malade, et se soit refusé à la faire voir à la commission.

M. Desportes Avez-vous constaté les cicatrices de la myotomie ?

M. Roux. Je n'ai pas examiné suffisamment.

M. Guérin reprend sa discussion ; il insiste sur les persécutions dont il est l'objet ; et à la fin, d'une voix qui paraît accablée et pénétrée, il fait appel à l'Académie. Il a déjà perdu dans ces *terribles* débats, dit-il, sa santé, son repos, sa fortune ; il lutte maintenant pour sa considération. (Sensation profonde et prolongée.)

M. Velpeau reprend un à un les arguments de M. Guérin et les détruit tour à tour ; abor-

dant ensuite la question des *persécutions*, il s'étonne que ce mot s'applique à un rapport dont M. Guérin lui-même a reconnu la modération, et à une commission nommée par l'Académie. Mais M. Guérin, qui se présente comme un homme persécuté, ne se fait-il point illusion ? M. Velpeau rappelle, les pièces à la main, l'origine de toute cette discussion ; les injures adressées par M. Guérin en réponse à des articles de pure critique ; le procès en police correctionnelle intenté par M. Guérin ; l'appel à la cour royale fait par M. Guérin ; les efforts de M. Guérin pour empêcher le débat d'arriver devant l'Académie ; puis, quand l'Académie a enfin nommé une commission, les injures adressées encore par M. Guérin, non plus à l'auteur du Mémoire, mais aux commissaires ; puis tout récemment, quand le rapport a été fait, les injures adressées au rapporteur. Dans tout cela, de quel côté est donc la persécution ? Ne serait-il pas vrai plutôt que M. Guérin s'irrite à tort, parce qu'il ne rencontre pas une crédulité aveugle dans ses annonces et dans ses promesses ? Et si l'on n'y croit pas de prime-abord, à qui la faute ? M. Guérin annonçait dans son Relevé des guérisons d'abcès par congestion par de simples ponctions ; espérait-il donc que nous, chirurgiens, nous y croirions sans preuve ? Il a annoncé, sur 11 épanchements articulaires, 8 guérisons, 3 améliorations ; et ici il n'y a plus de faux fuyants ; il n'y a en tout que ces 11 malades. Eh bien, il en est venu deux dans mon service, des guéris ou des améliorés ; ils étaient si bien guéris ou améliorés qu'il a fallu leur amputer la cuisse. (Sensation.) Voilà pour les annonces ; voyons les promesses. M. Guérin avait promis de représenter à l'Académie, au bout de trois semaines, guéri, un jeune homme atteint de déviation de l'épine et traité par la myotomie ; il y a de cela plus d'une année ; comment a-t-il tenu cette promesse ? Il devait montrer à l'Institut cet homme auquel il avait coupé 42 tendons, cette femme à qui il en avait coupé 20 ; que sont devenus et les promesses et les malades ? M. Velpeau termine en engageant M. Guérin, dans son propre intérêt, à se méfier de ses illusions sur les hommes et sur les choses, et à ne plus traiter de persécution une enquête qu'il pouvait arrêter d'un seul mot, s'il avait voulu concourir lui-même au triomphe de la vérité.

M. Bégin regrette qu'un pareil débat ait eu lieu ; il regrette bien plus encore que M. Guérin ait mis à cacher ses faits autant de persistance que tous les hommes vraiment scientifiques en mettent à produire les leurs au grand jour. Broussais, quand on niait ses résultats, conviait ses adversaires à sa clinique ; Larrey luttait contre l'administration de la guerre pour que l'accès de son service fût libre pour tout le monde ; tous les médecins et chirurgiens dignes de ce nom en ont toujours agi de même. Toutefois, et en approuvant entièrement le rapport, M. Bégin trouve les conclusions trop dures pour l'un des membres de l'Académie. Il proposerait donc de les remplacer par celles-ci : *adresser des remercîments à l'auteur du Mémoire, déposer honorablement son travail dans les Archives de l'Académie ;* puis, afin de mettre le public médical à même de juger une question aussi véritablement importante, *insérer ce travail à titre de renseignements dans le Bulletin de l'Académie.*

M. Velpeau déclare que, pour montrer à M. Guérin qu'il n'est pas mû par un sentiment d'hostilité, il adopte les conclusions proposées par M. Bégin.

MM. Roux et *Baudeloque* y adhèrent également. Seulement M. Roux fait observer que le dépôt dans les Archives est une formule banale qui s'applique aux plus minces communications, et qui ne convient pas à un travail aussi important que celui de M. Malgaigne. Il demande et M. Bégin accorde que cette partie des conclusions soit retirée.

M. Velpeau. Il y a encore dans les conclusions nouvelles quelques mots qui veulent une explication. Pourquoi dire que l'insertion aura lieu *à titre de renseignements ?* Si l'on entend par là impliquer quelque idée défavorable, et comme un blâme indirect contre l'auteur du Mémoire, la commission les repousse de toutes ses forces.

Une discussion des plus animées s'élève à ce sujet. Plusieurs académiciens expliquent que l'idée de M. Bégin est en effet que l'insertion dans le Bulletin serve à éclairer la question, et qu'ainsi les mots : *à titre de renseignements*, sont l'expression du fait et n'emportent aucune idée défavorable. — Mais d'autres demandent alors pourquoi on semble tenir à ces mots et persistent à les rejeter. Il est évident que la majorité de l'Académie est préoccupée de l'idée qu'on pourra profiter de ces mots pour donner le change au public sur la signification de son vote ; aussi la salle tout entière offre une animation extraordinaire.

M. Gerdy. Ne procédons pas à la légère ; nous sommes encore, et moi tout le premier, sous l'influence de l'émotion causée par les dernières paroles de M. Guérin. J'admets donc des complaisances ; mais il ne les faut pas exagérées. Je vois, dans les mots auxquels on tient tant, un blâme indirect et sans franchise qu'on n'oserait vous proposer d'une autre manière, et j'en demande formellement le rejet.

M. le président met aux voix le maintien de ces mots dans les conclusions. Après le calcul des mains levées, il annonce 29 voix *pour* ; des réclamations de toutes parts empêchent de passer à la contre épreuve. Une deuxième épreuve est tentée et déclarée douteuse par le bureau, ce qui excite de nouvelles réclamations.

M. le président propose alors de voter par assis et levé ; à cette nouvelle épreuve, nous entendons qu'on annonce 28 voix *pour* et 32 *contre*. Plusieurs voix réclament le scrutin ; en conséquence on procède à l'appel nominal ; il y a 67 membres présents. On remarque que M. Guérin a pris part au vote.—Résultat du scrutin :

Pour le maintien des mots, *à titre de renseignements*, 26 voix.

Pour le rejet de ces mots, 41 voix.—M. Bégin a voté pour le rejet.

Des applaudissements se font entendre. M. Guérin sort de la salle.

Les conclusions demeurent donc ainsi conçues : *Adresser des remercîments à l'auteur, et insérer son Mémoire dans le Bulletin de l'Académie.* Elles sont adoptées à l'unanimité.

ERRATUM.—Dans le dernier numéro, page 319, 2e col., lig. 30, au lieu de : *principal chapitre de ce* précieux *Mémoire*, lisez : *de ce premier Mémoire.*

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

DÉCEMBRE 1844.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie, *et spécialement de la myotomie rachidienne, dans le traitement des déviations latérales de l'épine*, lu à l'Académie royale de médecine, le 2 avril 1844, *par* **M. MALGAIGNE.**

TROISIÈME PARTIE.

Examen général de la myotomie rachidienne sous le rapport des indications et des résultats.

Bien que les faits relatés jusqu'ici portent presque en eux-mêmes leur conclusion générale, il importe cependant de la faire ressortir plus précise et plus nette; et ce sera l'objet de cette dernière partie de notre travail.

Et d'abord une question encore douteuse est celle des indications de la myotomie rachidienne ; et ces indications peuvent être recherchées dans les causes, dans le mode de développement, et dans les caractères de la déviation. Si l'inflexion du rachis a succédé à une affection des centres ou des cordons nerveux, si elle s'est effectuée sous l'empire de la contracture musculaire, si la roideur et la résistance des muscles montrent la persistance de cet état morbide, manifestement, comme pour le torticolis, comme pour certains cas de pied-bot, l'indication sera de s'attaquer à cet obstacle mécanique, et de le détruire avec le bistouri, dans l'impuissance reconnue de tous les autres moyens.

J'ai donc recherché, autant que je l'ai pu, les causes des déviations soumises à mon observation; et avant tout j'ai voulu savoir quel rôle avaient joué les convulsions dans le

développement de la difformité. Dix-sept malades seulement m'ont fourni à cet égard des renseignements directs et dignes de foi ; mais ce qui donnait plus d'intérêt à cette série, c'est que toutes avaient été soumises à la myotomie, sauf une seule qui se refuse à l'opération.

Sur les 17, 4 seulement avaient eu des convulsions dans leur enfance ; les 12 autres en étaient restées exemptes.

Mais du moins, dans ces quatre cas exceptionnels, la déviation s'était-elle vraiment opérée sous l'influence des convulsions ?

Dans un cas l'enfant avait été attaquée dès sa première enfance de convulsions et de rachitisme tout à la fois, et dès l'âge de 15 mois elle avait eu tout ensemble les jambes arquées et le rachis dévié. On sait que, dans ses discussions avec M. Bouvier, l'auteur de la doctrine en question considérait les déviations rachitiques comme tout à fait en dehors des déviations musculaires ; et ici les deux éléments se montraient ensemble et pouvaient être accusés l'un aussi bien que l'autre. Du reste, on pratiqua 5 sections musculaires ; l'enfant sortit dans le même état qu'elle était entrée, et la déviation n'a fait que s'accroître depuis (1).

Un deuxième cas offrait le même mélange des deux causes ; c'est chez cette enfant que l'opération fut proposée et refusée.

Le troisième cas est celui d'Annette Masson (*Obs.* 1) ; les convulsions pouvaient assez bien être prises ici pour la cause unique ; mais c'est précisément l'un des cas où la myotomie a le moins bien réussi.

Enfin, dans le dernier cas, celui de M[lle] Vernel (*Obs.* 8), les convulsions ayant eu lieu dans l'enfance, et la déviation ne s'étant manifestée qu'à l'âge de 14 ans et demi, il n'est guère possible d'établir une corrélation de cause à effet entre les deux choses.

Après ces quatre cas peut-être convient-il d'en mentionner un autre : l'enfant avait eu, vers l'âge de 7 ans, une fièvre cérébrale ; mais le rachitis avait précédé la fièvre, et la déviation n'avait paru que passé l'âge de 12 ans.

Parmi les 12 autres malades, quelques-unes avaient-elles été sujettes à des affections purement musculaires ? Une seule, Alexandrine Poulet (*Obs.* 3) ; mais en même temps elle était sous le poids d'une prédisposition héréditaire ; et enfin, c'est aussi l'une des opérées chez lesquelles la myotomie a le plus tristement échoué.

A quelle cause donc rattacher les 11 déviations qui échappent ainsi à l'action musculaire ? Les causes sont restées pour la plupart inconnues ; dans quatre cas on accusait de mauvaises attitudes ; une fois la mère avait cru trouver quelque rapport entre l'apparition de la déviation et la cessation d'un écoulement vaginal, et deux fois seulement le rachitis avait agi sans se combiner avec les convulsions. L'hérédité semblait jouer le plus grand ôle ; 6 jeunes filles sur 17 comptaient dans leur famille des déviations du même genre, ainsi réparties :

2 Sur leur bisaïeul et leur cousin.
1 Sur sa grand'mère et son frère.
1 Sur son grand père et sa mère.
1 Sur son père et son frère.
1 Sur son frère seulement.

Pour achever de dire tout ce qui se rapporte aux causes, j'ajouterai que, sur 22 cas, il y avait 5 déviations à gauche ; et que, quant à l'âge de la première manifestation de la difformité, sur 20 cas, il y en avait 8 de 15 mois à 6 ans, et 12 de 8 à 14 ans.

En résumé, l'on voit qu'il serait peu sûr de chercher dans les causes des indications positives pour la myotomie rachidienne, d'autant plus que là où par la nature de la cause elle semblait le mieux indiquée, elle a précisément le plus mal réussi

(1) Héloïse Chipault, rue Neuve-Saint-Méry, 58 ; entrée le 29 octobre 1842, sortie le 5 janvier suivant ; rentrée le 26 janvier, sortie le 6 avril.

Le mode de développement ne nous ayant rien appris de plus à cet égard, il restait à explorer les caractères de la difformité, et à voir si quelque muscle, ou quelque faisceau de muscle plus tendu que les autres, résisterait au redressement, et révélerait au doigt et à l'œil la corde roide qu'il serait urgent de diviser.

J'ai examiné, sous ce point de vue, trois sortes de malades. D'abord, quelques sujets entrés dans le service, mais auxquels, par une raison ou par une autre, on n'avait ni fait ni proposé l'opération. Le fait le plus important de cette série est celui d'Eugénie Wilson, cette pauvre infirme de la Salpêtrière, qui a vu tous ses membres déformés par des convulsions; elle porte en même temps une déviation de la colonne; je n'ai pas trouvé de trace de contracture ni dans les masses musculaires, ni dans aucun faisceau; et je penche fortement à croire que les convulsions qui ont contracté les muscles des membres ont respecté les muscles de la colonne.

Secondement, un sujet très-précieux, cette même jeune fille, attaquée à la fois de convulsions et de rachitisme dans son enfance, et qui s'était enfuie de l'hôpital de peur de l'opération (1); et qui, depuis, a été pressée d'y retourner, et par le chef du service, et par l'un de ses collaborateurs. Cette jeune fille n'a pas de courbures sensibles à la colonne, mais une inclinaison générale du tronc à droite, d'où résulte une assez forte élévation de l'épaule gauche qui dépasse la droite de 3 à 4 centimètres. Je recherchai avec le plus grand soin le muscle ou le faisceau qu'on se proposait de couper; je fis courber l'enfant en avant, puis à gauche, puis à droite; dans ces divers mouvements, non-seulement je ramenai l'épine à la ligne verticale, mais je l'inclinai du côté opposé; je ne pus saisir le moindre vestige de contracture. Elle porte un fort mauvais corset à tuteurs, qui est devenu trop court pour elle, et qui cependant, d'après le dire de la mère, a déjà un peu diminué l'inclinaison; en plaçant trois doigts entre le tuteur droit et l'aisselle, on relève l'épaule droite au niveau de la gauche, et bien que ce ne soit pas le meilleur moyen peut-être, probablement cela suffirait à la guérison.

Enfin, j'ai pu examiner un bon nombre de sujets opérés, améliorés ou non, et dans tous les cas portant encore des déviations très-marquées. Ici, la place des piqûres me servait de guide, me posait le doigt en quelque sorte sur les faisceaux coupés; et comme les déviations avaient persisté ou même s'étaient aggravées, j'avais donc quelque chance de retrouver, au moins dans quelques cas, la corde formée par la réunion des faisceaux coupés. Je n'ai jamais rien vu de semblable; et comme conséquence inévitable, je suis réduit à me demander si jamais on a vraiment eu à couper un seul muscle rétracté dans les gouttières vertébrales, ou si cette myotomie rachidienne, triste produit d'une théorie imaginaire, n'est pas une opération adressée à tout hasard à des obstacles imaginaires.

Certes, en dépit de ces premières déductions, la question serait hautement jugée en faveur de la myotomie, si elle l'était par les résultats. J'ai exposé ceux que j'ai constatés; on ne saurait dire qu'ils sont bien favorables. A la vérité, comme ils ne portent que sur 24 malades au lieu de 56, il y a lieu de se demander si nous ne serions pas tombés sur la série des insuccès; et si, dans les 32 cas restés en dehors de ce travail, les 24 guérisons complètes du relevé ne pourraient pas prendre place. Je confesserai tout d'abord que je conserve un très-grand doute à cet égard, et j'en dirai les raisons.

D'abord, de ces 32 sujets non retrouvés, 27 avaient été traités à la consultation; et ce serait une chose bien étonnante par elle-même que les malades, soumis à un traitement actif, régulier, incessant, avec tous les appareils à leur disposition, eussent moins profité que des jeunes filles abandonnées aux soins de leurs parents, avec des appareils incomplets et vicieux, et revues seulement de temps à autre à une consultation extrêmement nombreuse.

Secondement, le hasard m'a offert un jeune garçon aussi traité à la consultation; il n'était guéri en aucune façon. Un seul cas est bien peu de chose sans doute; mais cela rétrécit toujours le cercle déjà si étroit où il faudrait trouver les 24 guérisons.

---

(1) Adélaïde Samuel, rue Sainte-Avoie, 54; entrée le 5 mai 1841, sortie le 5 juin.

Troisièmement, il existe au Bureau central des hôpitaux, depuis près de 10 ans, une consultation où l'on traite les difformités, consultation à laquelle sont retournées plus d'une fois les malades traitées dans le service de l'hôpital des Enfants. Cette consultation est confiée à un homme d'une habileté reconnue, M. le Dr Duval; il est assisté d'une commission de trois médecins ou chirurgiens des hôpitaux, et depuis 10 ans, il n'a pas encore obtenu pour les déviations de la taille, une seule guérison complète. A la vérité, il ne pratique pas la myotomie.

Mais ma plus forte raison de douter est tirée de l'histoire même des malades que j'ai examinées. Car beaucoup d'entre elles, après avoir quitté l'hôpital, ont continué le traitement chez elles, avec des corsets fournis par le chef du service, avec des lits construits selon ses indications; quelquesu-nes ont subi à domicile de nouvelles opérations; elles recevaient la visite tantôt de l'orthopédiste lui-même, tantôt de ses collaborateurs; elles retournaient à la consultation, et quelques-unes y retournent encore; il faut savoir ce qu'elles y ont gagné. Or, mademoiselle Vernel seule y a gagné quelque chose; toutes les autres y ont perdu plus ou moins. Il suffira de rappeler le fait de mademoiselle Masson, celui surtout de mademoiselle Michel, obligée de rentrer à l'hôpital 6 mois et demi après sa première sortie; puis, après sa deuxième sortie, continuant le traitement à domicile pendant une année entière, et, au bout de ce temps, se trouvant deux fois plus déviée qu'auparavant.

La question des cures complètes par la myotomie me paraît donc, au moins quant à présent, hors de cause. Recherchons cependant ses conséquences réelles.

Les améliorations, telles que nous les avons vues, ont porté sur deux éléments de la déviation, l'inclinaison générale du tronc et les courbures de la colonne. L'inclinaison a été tantôt amendée, tantôt corrigée entièrement, quelquefois même la limite a été dépassée, et le corps a penché de l'autre côté; mais cela peut être attribué à l'inexpérience des parents et des malades, hors de la surveillance des hommes de l'art. Quant aux courbures, le plus souvent elles ont été diminuées par le traitement fait à l'hôpital, sauf à revenir ensuite; et, dans deux cas tout au plus, l'amélioration paraît s'être maintenue. Sur un troisième élément, la torsion des corps des vertèbres, d'où résultent la saillie des côtes en arrière et la gibbosité, l'influence du traitement a été nulle ou insignifiante.

Cela posé, il faut bien se demander quelle a été la juste part de la myotomie. Au Bureau central, où l'on ne coupe rien, on obtient des améliorations du même genre; la torsion seule résiste avec une désespérante opiniâtreté. Dans les établissements particuliers, dont la myotomie est également exclue, les améliorations sont plus marquées et plus durables; j'ai vu même, et M. Marjolin a vu avec moi, un sujet chez lequel la torsion avait entièrement disparu, et à qui il ne manquait qu'un peu plus de solidité dans la colonne pour offrir un exemple de guérison complète. Qui ne sait d'ailleurs que le décubitus prolongé sur un lit un peu dur amène rapidement un redressement malheureusement trompeur et passager; et qui ne se souvient de la démonstration faite devant l'Académie même par M. Bouvier, sur une déviation qui disparaissait presque en entier et subitement par le seul effet de la position horizontale!

Or, comme chez tous nos malades la myotomie a été combinée avec l'emploi du lit orthopédique, il est impossible de rien répondre à ceux qui attribuent toutes les améliorations au lit orthopédique, proclamant ainsi la complète inutilité de la myotomie.

Mais il est d'autres améliorations qui, en dehors de la difformité, portent sur ses effets dynamiques. On a vu, dans les observations ci-dessus rapportées, des exemples nombreux de douleurs variées, de gêne dans la respiration, dans la digestion, dans la circulation, considérablement amendées ou même détruites par le séjour à l'hôpital. La myotomie ne peut-elle du moins se vanter de ces succès? Elle le pourrait sans doute, si ces résultats n'étaient obtenus tous les jours par les moyens de l'orthopédie ordinaire, et souvent par le simple décubitus sur un lit un peu dur.

Ainsi l'examen des résultats concourt avec l'examen des causes et des caractères des déviations rachidiennes pour démontrer l'inutilité de la myotomie. Il reste enfin à con-

sidérer si les essais tentés jusqu'à présent sont restés purement et simplement inutiles, s'ils n'ont pas nui quelquefois au lieu de servir; en un mot, si la myotomie n'a pas ses dangers comme toutes les autres opérations.

Sur aucun de nos malades, la section sous-cutanée n'a été suivie de suppuration. Ses effets immédiats ont été très-variables; en général, elle paraît avoir été peu douloureuse; mais chez quelques jeunes filles la douleur a été très-forte. Une seule, mademoiselle Lebelle, après avoir peu souffert lors de l'opération, a ressenti des douleurs fort vives environ deux heures après.

Ces douleurs ne durent guère que quelques heures; elles ont ceci de particulier que tout mouvement les augmente, mais particulièrement l'effort assez léger nécessaire pour parler.

Dans un certain nombre de cas, ces douleurs n'ont laissé aucune trace; mais il n'en va pas toujours ainsi: fréquemment l'opération entraîne à sa suite une sensibilité exagérée dans les parties traversées par le ténotome. Il y a ici des variations assez curieuses à considérer. Mademoiselle Poulet ne ressent aucune douleur, hormis quand elle est fatiguée; et la pression sur les régions opérées lui est plutôt agréable que pénible. Une autre jeune fille, qui avait une douleur sourde et continue, était également insensible à la pression; on a vu, au contraire, la douleur exaspérée chez mademoiselle Michel, par la pression sur les épines lombaires; chez mademoiselle Gaudet, par la pression sur les muscles coupés, et même par le simple attouchement des doigts. Je viens de citer un exemple de douleur continue; j'ajouterai qu'après 18 mois elle a entièrement disparu. Il est bien plus commun de voir la douleur revenir par intervalles, tantôt sans cause connue, comme chez mademoiselle Raymond, tantôt dans les changements de temps comme chez mademoiselle Gaudet.

J'ai voulu savoir si la force musculaire restait la même après ces sections. Les résultats sont encore ici étrangement variables. Une malade qui a subi 5 sections ne peut se tenir longtemps debout sans éprouver une sorte de courbature générale; une autre, après 3 sections, se plaint d'une faiblesse des reins qu'elle rapporte elle-même à l'opération; une troisième, avec 5 sections, dit que, lorsqu'elle court, elle entend comme une sorte de craquement dans les points mêmes où les sections ont été faites; mais le cas le plus triste et le plus remarquable est assurément celui de la jeune Virginie Gaudet, qui, soumise à 7 sections, a tellement perdu de sa force qu'elle ne peut, que très-faiblement, jouer au volant, soulever un fardeau, ou même se baisser pour mettre ses souliers. Mais, le plus ordinairement, les malades m'ont répondu qu'elles ne s'apercevaient point d'un déclin dans leur force musculaire; et j'ignore à quoi peut tenir une semblable immunité.

Toutefois, apparente ou non, n'est-ce pas à cette faiblesse produite par des sections musculaires intempestives qu'il faut attribuer et la rapidité et le grand nombre des récidives après les améliorations obtenues? Question grave, et que suggère invinciblement l'étude approfondie des faits. Déjà la mère d'une jeune fille, dont j'ai ailleurs publié l'histoire, madame Henry, m'affirmait que sa fille lui était revenue de l'hôpital dans un état pire quant à la déviation, et l'attribuait aux sections qu'elle avait subies. Si ce témoignage est de trop peu de poids, que dire de celui de M. Bouvier qui, de l'examen d'Annette Masson, n'a pas hésité à conclure qu'elle n'avait *pas même obtenu, par l'opération et le traitement mécanique, l'amélioration que ce dernier seul eût pu produire?*

Quel que soit le jugement que l'on porte à cet égard, il reste toujours une considération supérieure fondée sur l'expérience universelle, et bien propre à éclairer la détermination des praticiens. La plus grande difficulté en orthopédie n'est pas encore de redresser la colonne, elle consiste surtout à lui donner la solidité qui lui manque, en renforçant et ses ligaments et ses muscles; et la faiblesse de ces deux ordres d'organes est tellement marquée, tellement constante, et elle est une source d'indications si importante dans les déviations latérales de l'épine, que je n'hésite pas, pour mon compte, à lui attribuer une très-large part dans l'étiologie. Il y a près de six années qu'ayant à juger entre les diverses méthodes orthopédiques, je condamnais sans réserve les appareils à extension comme ne

pouvant qu'affaiblir encore les ligaments et les muscles de la colonne. La myotomie rachidienne n'était pas alors inventée; mais, d'après ces principes, elle aurait pu être jugée d'avance. C'est un assez mauvais moyen en effet pour donner aux muscles plus de force, que de commencer par les couper; ce que l'expérience ancienne permettait de présumer à cet égard a été pleinement confirmé par l'expérience plus récente; et ce qui donnera quelque poids peut-être à la conclusion à tirer de tout ce travail, c'est qu'elle se trouve ainsi en accord avec les principes et avec les faits.

Essai d'un nouveau procédé *pour obtenir le recollement dans les foyers purulents;* par **M.** *le docteur* **Moreau-Boutard**, *de Versailles.*

Le sujet sur lequel j'ai eu occasion de tenter ce procédé, était d'une constitution athlétique, tempérament bilioso-sanguin, santé parfaite.

Vers le 20 avril 1841, cet homme, après avoir monté à cheval, sentit à la commissure des fesses, près du coccyx, à gauche, un peu de chaleur; il n'y fit guère attention, et six jours après il aperçut une légère grosseur. Durant quinze jours, il cessa l'exercice du cheval, se mit des cataplasmes émollients; et ne voyant pas survenir d'amélioration, bien au contraire, il se décida à se présenter à moi avec un abcès sous-cutané dont le volume égalait un œuf de poule. Le pourtour était assez induré: il y avait eu, sous l'influence des causes précitées, le frottement de l'équitation, etc., etc., un phlegmon suppuré du tissu cellulaire sous-cutané fort abondant dans cette région.

Avec la pointe d'un bistouri, ponction fut faite de la tumeur à son centre de fluctuation où la peau avait subi de l'amincissement. Il en sortit du pus en quantité, d'abord bien lié, puis mêlé de sang; la chaleur avait disparu ainsi que la douleur; une mèche fut introduite par la petite plaie pour donner issue aux liquides; puis on appliqua un large cataplasme émollient, afin de résoudre l'induration. Ce traitement fut continué quelques jours; la suppuration devint séreuse; l'induration du pourtour avait en grande partie disparu; on passa alors aux injections émollientes, puis aux injections d'eau froide pour obtenir la détersion du foyer, enfin à celles de solution de nitrate d'argent, pour changer le mode d'inflammation des parois et déterminer un recollement, sollicité encore par une compression méthodique: aucune cicatrisation ne fut obtenue. La peau avait toute son épaisseur, l'induration au pourtour était alors fort peu de chose; la plaie devenue fistuleuse donnait issue à de la sérosité purulente; le malade ne souffrait nullement: or, comme il demandait avec instance de sortir, je le laissai aller, voulant expérimenter si la marche, le frottement et l'excitation du cheval détermineraient l'inflammation adhésive de ce foyer.

Le malade resta quinze jours sans me consulter; pendant ce temps la fistule était fermée à peu près; il marchait et montait à cheval; mais une nouvelle collection s'étant formée, force lui fut de revenir, avec un nouvel abcès de même volume que le précédent et situé à la même place. La plaie fistuleuse était devenue pour ainsi dire filiforme; il y avait donc eu accumulation, dans l'ancien foyer, de la quantité de pus séreux qu'avait sécrété la membrane de nouvelle formation qui tapissait ses parois internes. Toutes les circonstances avaient été favorables à l'organisation de cette muqueuse accidentelle. D'abord, lenteur et faiblesse de la période inflammatoire; puis, sécrétion d'un pus mal lié; enfin, introduction de l'air dans le foyer, et injections qui, n'ayant pas eu la vertu de déterminer une inflammation adhésive, n'avaient servi qu'à favoriser la formation d'une membrane pyogénique. Dès lors, que me restait-il à faire? avoir recours à l'application de la potasse caustique, ou à une large incision accompagnée de topiques irritants? modes de traitements auxquels on pourrait pour le moins reprocher la lenteur. Je pensai aux procédés qui découlent de la méthode des incisions sous-cutanées, à la scarification de la tunique vaginale employée, entre autres, dans le traitement de l'hydrocèle par M. le professeur Velpeau; et je résolus d'en appliquer ici une modification appropriée aux circonstances.

Le malade étant couché sur le côté droit, le membre pelvien gauche fléchi, afin de donner tout son relief à l'abcès, avec un bistouri aigu je fis, à plat, une ponction à la partie la plus déclive, tout à fait sur le pourtour encore légèrement induré du foyer. Il s'échappa un filet de pus toujours mal lié; par cette ouverture j'introduisis un bistouri à lame fort étroite, à pointe mousse, garni de linge dans son tiers inférieur, afin de ne pas hacher la plaie d'entrée dans ses diverses évolutions; et tournant successivement le tranchant vers la paroi fessière et vers la paroi cutanée, je fis sur chacune trois scarifications convergeant vers l'ouverture par une de leurs extrémités comme les nervures d'une patte d'oie. L'instrument fut ensuite retiré, et le foyer bien débarrassé du mélange de pus, de mucosités et de sang qu'il contenait, à l'aide d'une forte pression exercée méthodiquement avec la main, avant l'ablation de laquelle l'ouverture fut couverte d'une mouche de diachylon, pour éviter l'introduction de l'air. Je prescrivis des fomentations froides sur la région, un bandage légèrement compressif, et le repos absolu. Pendant trois jours, même pansement; pas de fièvre; il ne sort rien du foyer; la petite plaie d'entrée a seule donné quelques gouttes de pus. Le troisième jour, le malade était entièrement guéri. Un épanchement de lymphe plastique s'était fait dans l'intérieur du foyer; et, sous l'influence de cette inflammation adhésive, le recollement s'était opéré. Il y avait même eu résorption des matériaux en excès et inutiles à la consolidation de la cicatrice; car au toucher qu'on pouvait exercer largement, profondément et sans causer de douleur, on ne trouvait aucune trace d'induration ni d'engorgement, et cela au huitième jour de l'opération.

Je livre ce procédé thérapeutique, appuyé d'une observation exacte et authentique, à l'appréciation des praticiens. Un seul fait ne suffit pas sans doute pour tirer des conclusions bien étendues; cependant je crois pouvoir émettre cette idée qui se rattache à un de mes opuscules précédents, que, de même que je l'ai obtenue pour une muqueuse accidentelle, on pourra obtenir la cicatrisation adhésive des muqueuses entre elles, si l'on prend le soin d'en détruire l'épithélium, qui s'oppose essentiellement à cette adhésion; et l'on y parviendra facilement à l'aide des scarifications. J'ai déjà formulé cette opinion en 1837, dans ma thèse inaugurale, à l'article intitulé : d'*un autre mode de suture transversale des intestins*; mais je ne pouvais, comme aujourd'hui, affirmer; car, à cette époque, je n'avais eu aucune occasion de l'expérimenter sur l'homme, et d'en conclure d'après un fait d'analogie.

Observations de fracture de la mâchoire inférieure, *suivies de remarques;* par **M. F. Neucourt,** *D.-M.-P., ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.*

L'histoire des fractures de la mâchoire inférieure est traitée d'une manière à peu près uniforme par les auteurs, et tout le monde paraît d'accord sur la manière dont elles se comportent. Les observations que je vais rapporter, présentant certains points en opposition avec les idées généralement admises, m'ont paru mériter quelque attention.

Les particularités sur lesquelles je veux surtout insister sont les suivantes: Dans mon premier cas, lorsqu'on faisait abaisser la mâchoire, l'intervalle entre les fragments disparaissait; il se reproduisait lorsqu'on rapprochait la mâchoire inférieure de la supérieure; et ces mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement développaient de la douleur. De plus, on produisait un écartement notable des deux fragments en pressant simultanément sur l'angle de la mâchoire des deux côtés. Si, au contraire, on maintenait les fragments rapprochés par la pression des doigts sur les dents, de chaque côté de la fracture, l'écartement n'avait plus lieu dans les mouvements d'élévation et d'abaissement qui se faisaient alors sans douleur. Cette fracture était simple et située à la partie antérieure. Dans un autre cas où il y avait fracture double, les mêmes mouvements dé-

terminaient un écartement, mais beaucoup moins prononcé : du reste, le désordre des parties permettait difficilement un examen attentif.

A part ces circonstances sur lesquelles je reviendrai, l'histoire de ces deux malades montrera combien le traitement offre quelquefois de difficulté, et comment il faut savoir saisir et satisfaire des indications fort diverses.

Obs. I.—*Fracture simple du corps de la mâchoire; — manière particulière dont les fragments se comportent entre eux;—indications et contre-indications qu'on en tire pour le traitement;—contention de la fracture à l'aide d'un fil d'or; — guérison.*

Andrand (Jean), âgé de 24 ans, serrurier, entré à l'hôpital Necker, le 11 juillet 1844, couché au nº 4, salle Saint-Pierre.

Ce jeune homme, d'une forte constitution, bien portant d'habitude, dit avoir été attaqué dans la rue quatre jours avant son entrée à l'hôpital. Il perdit connaissance au premier coup qui fut donné sur la tête; on le porta chez lui, et on reconnut une plaie contuse au-dessus du sourcil gauche, et, de plus, une fracture de la mâchoire inférieure.

Le chirurgien qu'il fit appeler lui appliqua des sangsues et des cataplasmes, et lui conseilla d'entrer à l'hôpital, ce qu'il fit aussitôt.

Entré le 11 juillet, il est dans l'état suivant: bon état général, appétit, sommeil la nuit. A la partie externe de l'arcade sourcilière du côté gauche, on remarque une plaie déchirée et contuse, large comme une pièce de dix sous, et qui ne pénètre pas jusqu'à l'os. Il y a autour une rougeur très-vive avec gonflement étendu jusqu'à la paupière supérieure, de façon que l'œil est constamment fermé ; du reste, peu de douleur. Le long de la mâchoire inférieure, dans toute l'étendue du corps de l'os, mais surtout en avant, douleur vive exaspérée par la pression, par les mouvements de la mâchoire, lorsque le malade parle, mange ou avale sa salive. Pendant les trois ou quatre premiers jours, la quantité de salive a été plus abondante que d'habitude, mais d'une manière qui a à peine fixé l'attention du malade. Le premier jour et le lendemain de l'accident, il a craché beaucoup de sang.

On ne remarque ni plaie, ni contusion à l'extérieur de la mâchoire; le malade avait perdu connaissance aussitôt après avoir reçu le premier coup, celui du sourcil, de sorte qu'il ne peut savoir comment il a été frappé.

Cet homme n'a jamais eu ni fracture, ni luxation de la mâchoire; la conformation du visage est normale; le menton est long et se termine un peu en pointe.

Lorsqu'on examine l'intérieur de la bouche, on remarque que les deux incisives antérieures et inférieures sont déchaussées, mais cela paraît être l'état normal de ces dents; du reste, les gencives sont saines, sans teinte rouge ni violacée, sans gonflement. Toutes les dents existent, et les incisives sont très-serrées entre elles.

Entre la première et la deuxième incisives du côté droit, on remarque une solution de continuité dirigée perpendiculairement à l'os, sans altération de la gencive qui la recouvre. Les dents du fragment droit sont élevées de 2 millimètres environ au-dessus de celle du fragment gauche; on peut facilement rétablir le niveau par les manœuvres convenables, et on produit alors une crépitation manifeste; mais aussitôt qu'on abandonne les fragments, ils se déplacent comme auparavant.

M. Chassaignac, qui faisait alors le service, fixa mon attention sur le phénomène suivant: en faisant abaisser la mâchoire, les fragments se rapprochent, et on distingue à peine la fracture ; tandis que si on la fait élever en la rapprochant de la supérieure, à mesure que la mâchoire s'élève, on voit les fragments s'écarter: l'écartement peut acquérir près de 2 millimètres d'étendue. Le défaut de niveau entre les fragments persiste dans toutes les positions. La deuxième incisive droite présente une assez notable mobilité dans son alvéole; les autres sont saines.

Ces mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement déterminent de la douleur ; mais lorsqu'on les fait exécuter après avoir fixé les deux fragments l'un contre l'autre en appuyant sur les dents au moyen des doigts, l'écartement n'a plus lieu, et la douleur cesse.

Si on presse avec les doigts sur l'angle de la mâchoire de chaque côté, on produit aussitôt l'écartement des fragments.

La douleur était si vive dans les premiers jours, que le malade n'osait remuer la mâchoire. Six jours après elle était moindre.

Le chevestre appliqué ne remplissant nullement l'indication, c'est-à-dire le rapprochement

des fragments, on cherche à les fixer avec des fils passés entre les dents. On les passe entre elles, de manière à ce qu'il y en ait quatre qui supportent l'effort: ces fils sont faits de chanvre, et cirés; ils ne portent pas sur le collet de la dent, mais bien sur le milieu du corps, afin de ne pas irriter les gencives. On en passe ainsi plusieurs et on les fixe par un nœud. Le malade s'en trouve bien et n'éprouve plus de douleur.—Potages.

Dans la nuit, les fils cassent, et le malade demande le lendemain qu'on lui en applique d'autres. On en emploie en soie, également cirés: ils remplissent le même but que les précédents, mais on ne peut parvenir à rétablir complétement le niveau des dents.

Le 20, ces fils cassent ou se dérangent, et l'on est forcé d'y renoncer après trois jours d'application.—Potages.

On laisse le malade sans appareil jusqu'au 27.

Le 27, les fragments sont toujours dans le même état, l'écartement se produit toujours de la même manière; seulement le malade souffre un peu moins, et il y a des moments où les mouvements de la mâchoire ne dérangent pas les fragments; il semble alors qu'ils soient engrénés l'un dans l'autre. Toujours différence de niveau entre les fragments (un à deux millimètres). Les gencives sont rouges, saignent facilement, et les dents se couvrent d'enduit. Les deux dents de chaque côté de la fracture sont un peu mobiles.

On applique une mentonnière ou fronde, mais modifiée de la manière suivante. Le plein du bandage porte sur le menton, mais celui-ci passe par une ouverture circulaire faite au bandage, de manière que la pression ait lieu, non sur la pointe du menton, mais sur les parties latérales. Pour rendre cette pression latérale plus efficace, on applique, sous la bande et au niveau des canines de chaque côté, une petite pyramide de rondelles d'agaric larges comme une pièce de cinq francs: on croise les deux chefs sur la nuque en serrant fortement; la pression latérale est établie de manière à rapprocher complétement les deux fragments. On attache les deux autres chefs sur le sommet de la tête, après avoir fait passer celui de gauche sur l'oreille, et l'autre sur les rondelles d'agaric à droite, afin de ne pas presser sur les angles de la mâchoire: cette partie du bandage est moins serrée qu'au cou. Les fragments sont parfaitement rapprochés.

Auparavant, on avait essayé d'appliquer la fronde simple, comme le conseillent les auteurs, et l'on avait remarqué entre les fragments un écartement d'un millimètre au moins.

Le 28 et le 29, on laisse l'appareil qui tient fort bien; mais comme il est gênant, on l'enlève et on le remplace par un fil d'or qu'on avait attendu jusque-là, et qu'on applique comme il a été dit pour les fils de soie.—Potages.

Le malade s'en trouve très-bien, le fil ne se dérange pas, et on laisse sortir le malade le 1er août, en l'engageant à revenir à la consultation.

Il vient le 5 août: le fil est toujours en place et les fragments rapprochés; le malade ne souffre presque plus.

Le 12, même état: les gencives sont rouges et saignantes; le malade mange de la mie de pain.

Le 25, le malade n'est pas revenu. D'après l'état des choses au dernier examen, il est probable que la fracture se sera consolidée complétement, et qu'il aura ôté le fil d'or lui-même.

J'ai rapporté cette observation tout au long, parce qu'il me semble qu'on en peut tirer des indications pour le traitement. En effet, on conseille généralement pour les fractures simples du corps de la mâchoire, la fronde ou mentonnière, le chevestre, le fil d'or d'Hippocrate, etc.; enfin plusieurs chirurgiens modernes ont inventé des appareils particuliers pour cette fracture. Boyer rapporte, de plus, un cas dans lequel la consolidation s'est effectuée sans appareil.

Le but principal des bandages est alors, dit Boyer, de maintenir la mâchoire immobile en la fixant contre la supérieure. Du reste, les auteurs paraissent croire que l'indication est toujours la même dans le traitement des fractures simples du corps de la mâchoire inférieure, car ils n'indiquent nullement les cas dans lesquels il faut appliquer tel moyen de préférence à tel autre.

Cependant, dans le cas qui nous occupe, d'après la manière dont se comportaient les fragments, le chevestre simple aurait précisément eu pour but de contrarier autant que possible la guérison, puisqu'il aurait d'abord rapproché les deux mâchoires, et de plus.

pressé sur les angles de la mâchoire inférieure ; deux conditions qui, comme on l'a vu plus haut, écartaient autant que possible les fragments l'un de l'autre.

La fronde ou mentonnière, appliquée comme d'habitude, produisait un résultat un peu moins mauvais, mais déterminait toujours un écartement.

Le bon résultat obtenu en pressant l'un contre l'autre les deux fragments au moyen des doigts, donnait l'indication à remplir. On arriva à ce but par deux moyens différents : ou bien en plaçant sous les chefs de la mentonnière des pyramides d'agaric qui pressaient sur les parties latérales de la mâchoire en les rapprochant, et on a vu que le résultat était satisfaisant : ou bien plus simplement, parce que l'état des dents le permettait, en réunissant les fragments au moyen d'un fil. Les fils de lin et de soie étant insuffisants ou trop faibles, furent remplacés par un fil d'or recuit qui produisit le résultat désiré. M. A. Bérard dit (art. *Mâchoire* du *Dictionnaire* en 30 volumes) qu'il a employé une fois le fil d'or, et qu'il a été forcé d'y renoncer à cause de l'ébranlement des dents qui était survenu. Mais il y avait deux conditions d'insuccès dans la manière dont le fil avait été appliqué : d'abord, il paraît que l'on n'avait lié que les dents voisines de la fracture, c'est-à-dire deux dents : or, ces dents sont presque toujours ébranlées à la suite des fractures de la mâchoire ; il faut prendre celles qui viennent immédiatement après, comme on l'a fait ici, de manière qu'il y ait quatre dents au lieu de deux embrassées par le fil. De plus, il est dit qu'on a enveloppé le collet de la racine avec le fil d'or, et, comme l'a fait observer M. Chassaignac, ce fil placé près de la gencive, l'irrite, l'enflamme, et les dents deviennent chancelantes. On évite ce dernier inconvénient en plaçant le fil à demi-hauteur de la dent, de manière à ce qu'il ne soit pas en contact avec la gencive.

On voit donc, par ce rapide aperçu, qu'on ne peut appliquer indifféremment l'un ou l'autre des moyens indiqués par les auteurs, et que la première chose à faire, ici comme toujours, c'est d'examiner attentivement la lésion que l'on a sous les yeux, afin de saisir l'indication dans chaque cas particulier.

Il resterait actuellement à examiner si cette particularité de l'écartement des fragments par le rapprochement des mâchoires supérieure et inférieure, et par la pression sur les angles, est un fait exceptionnel, ou bien si, quoique fréquent, il n'est pas resté inaperçu des auteurs.

Pour s'en assurer, il faudrait observer attentivement un certain nombre de fractures; mais cela est difficile, à cause de leur rareté, et je signale le fait afin que les praticiens le vérifient s'il y a lieu. Les observations consignées dans les auteurs sont généralement incomplètes, et ne peuvent servir sous ce rapport. J'ai fait quelques expériences sur le cadavre, et il m'a paru que l'écartement se produisait lors de la pression sur les angles de la mâchoire ; mais le mouvement d'élévation et d'abaissement devant être exécuté par les doigts, il est impossible de le répéter dans les mêmes conditions que sur le vivant où on le fait exécuter par le malade. Ces expériences ne pourront donc servir d'une manière efficace à décider la question.

Le raisonnement qui mène à tout ce que l'on veut, ne ferait pas défaut pour expliquer le fait, s'il était constant. Il y aurait deux ou trois explications plus ou moins plausibles pour rendre compte de l'écartement produit pendant l'élévation de la mâchoire : et par exemple on invoquerait l'action des muscles ptérygoïdiens qui, en même temps qu'ils élèvent la mâchoire, tendent à rapprocher ses branches et par conséquent à distendre la symphyse : toutefois, comme de telles explications sont peu concluantes, je me dispenserai d'y insister.

Quant à la pression sur les angles de la mâchoire, le simple examen d'un maxillaire inférieur dispose à croire qu'elle agit en écartant les fragments l'un de l'autre, car les branches vont en s'éloignant à mesure qu'on approche des condyles ; de sorte que si l'on presse sur les deux branches, on les rapproche l'une de l'autre, et tout l'effort se porte vers la partie antérieure de la mâchoire. C'est même ainsi que s'expliquent certaines fractures simples de la mâchoire qui sont produites

par la pression sur les branches ; on détermine, par cette manœuvre, très-facilement, une fracture sur le cadavre. Cet effort étant renouvelé après la fracture, tend à écarter les fragments après la rupture du tissu osseux. Ce raisonnement paraît rigoureux lorsqu'on le suit ayant un maxillaire sous les yeux.

Mais pour que l'écartement se produise, il faut que les condyles jouissent dans leur cavité d'un mouvement de latéralité. C'est ce qui existe chez l'homme ; et, en poursuivant cette manière de raisonner, on est conduit à penser que ce déplacement dans les fractures ne peut avoir lieu chez les carnivores qui ne jouissent que d'un mouvement antéro-postérieur, tandis qu'il doit être porté au plus haut point chez les herbivores chez lesquels le mouvement de latéralité est très-prononcé.

Je laisse de côté cette question pour revenir sur celle du traitement. On a vu plus haut quels étaient les moyens le plus généralement employés pour remédier aux fractures simples du corps de la mâchoire ; mais dans tout ce qui a été dit, il n'y a rien qui puisse se rapporter aux fractures doubles avec fragment moyen.

Boyer a décrit, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, un appareil qui remplit assez bien les indications présentées par cette fracture ; mais il est incontestable que les appareils inventés par les modernes, et entre autres celui de M. Houzelot, chirurgien de Meaux, sont beaucoup plus convenables, d'une application plus facile, et en même temps plus commodes pour le malade. L'observation que je vais rapporter, et qui présente un cas curieux de fracture double de la mâchoire inférieure avec abaissement très-notable du fragment moyen, en fournira la preuve.

L'appareil de M. Houzelot consiste, comme on sait, en une plaque d'acier fixée à angle droit sur une tige, et sur cette tige glisse une autre plaque également placée à angle droit : la plaque inférieure, garnie de compresses, est appliquée sous le menton ; la plaque supérieure mobile, garnie d'un liége creusé en gouttière, s'applique sur les dents de la mâchoire inférieure : la coaptation étant faite et les deux plaques tenant la mâchoire inférieure pressée par le menton d'une part, par les dents de l'autre, on fixe le tout au moyen d'une vis qui empêche la plaque supérieure de glisser. Il y a alors impossibilité de déplacement entre les fragments ; et le malade, comme on le verra dans l'observation suivante, peut faire agir la mâchoire et parler sans presque ressentir de douleur. Cet appareil a sur celui de Boyer l'avantage de permettre le jeu facile des mâchoires pour parler et prendre des aliments.

Obs. II. —*Fracture double de la mâchoire inférieure avec abaissement notable du fragment moyen. Application de l'appareil de M. Houzelot ; guérison.*

Le nommé Desfontaines, âgé de 45 ans, mécanicien, conduisait un convoi sur le chemin de fer de Versailles, et ce convoi étant vide, marchait fort vite, lorsqu'il arriva sur celui qui le précédait et dont la marche était moins rapide. Prévoyant le choc qui allait survenir, il sauta en bas de la locomotive. Dans sa chute il se fit plusieurs blessures et contusions.

Apporté immédiatement à l'hôpital le 21 juillet, il est dans l'état suivant : contusions aux deux genoux, plaie avec lambeau sur le sommet de la tête, plaie contuse de la main gauche. Mais de toutes ces lésions la plus grave est la suivante : plaie contuse occupant toute la largeur du menton, et donnant lieu à un écoulement de sang assez notable ; plaie de la face interne de la lèvre, ayant une longueur de deux centimètres environ. La bouche examinée à l'intérieur présente les désordres suivants : fracture de la mâchoire inférieure entre la canine et la première molaire à droite ; fracture du même os à gauche, au niveau de la deuxième molaire qui manque depuis longtemps. Le fragment moyen ainsi isolé est fortement entraîné en bas et en arrière : il est situé à un centimètre environ au-dessous du reste de l'os. Les fractures ont une direction perpendiculaire à l'os ; les gencives sont rouges et un peu boursouflées, sans ecchymose. Les dents sont solides ; il en manque trois en bas et deux en haut ; ce sont des molaires, et le malade dit qu'elles manquaient avant l'accident ; il ne pense pas qu'il y en ait de cassées, car il n'en a pas rejeté. Le menton est devenu très-difforme et aplati par suite de cet abaissement du fragment moyen. Crachement de sang continuel et très-incommode ; le malade peut à peine articuler quelques mots, encore n'est-ce qu'avec une très-grande douleur et beaucoup de difficultés. Mêmes phénomènes toutes les fois qu'il

veut ouvrir la bouche pour rejeter la salive et le sang qui forment un magma épais dans cette cavité.

On panse les différentes plaies avec du linge troué et de la charpie. Injections simples dans la bouche; saignée du bras; diète.

Les jours suivants, pas de fièvre, la suppuration s'établit dans la bouche, et produit une fétidité insupportable au malade lui-même. La salivation est abondante (deux crachoirs par jour). Douleurs toujours vives lors des mouvements.

On continue les pansements et les injections; diète.

Le 25, on applique l'appareil de M. Houzelot, nonobstant la plaie du menton. On réduit les fragments comme on avait déjà fait; mais, au moyen de cet appareil, on empêche le déplacement qui se reproduisait très-rapidement. Le malade s'en trouve bien, et peut articuler les mots sans trop de douleur, quoique peu distinctement. La fétidité de la bouche est toujours la même; le malade remplit tous les jours un crachoir de salive et de pus. Les gencives sont blanchâtres et boursouflées. Le malade se plaint surtout d'une douleur au niveau de la joue gauche.

On change l'appareil tous les trois ou quatre jours pour le nettoyer et renouveler les compresses; le malade s'en trouve très-bien.

Le 7 août, toujours état satisfaisant. On change l'appareil et on fait exécuter au malade quelques mouvements de la mâchoire. L'abaissement de la mâchoire produit un léger écartement, mais la mobilité a beaucoup diminué: il y a un commencement de consolidation. Toujours suppuration et salivation (un crachoir par jour). La douleur de la joue gauche persiste.

On remet l'appareil, et on fait parler le malade. On s'aperçoit alors qu'il bégaie. Interrogé à ce sujet, il dit être atteint de cette infirmité depuis son enfance; et il ne voit pas de changement sous ce rapport depuis son accident. — Potages, gargarismes et injections dans la bouche. Le malade fixe l'attention sur ce fait, que la salivation cesse pendant une heure environ après qu'il a mangé, et recommence une fois ce laps de temps écoulé.

Le 11, on enlève l'appareil: la consolidation n'est pas tout à fait complète, mais cependant en grande partie achevée. Le fragment moyen est séparé de celui de droite par un intervalle de près de 4 millimètres, quoiqu'il ne manque pas de dents; il est incliné un peu en avant et en bas, de sorte que les dents du fond se rencontrent les premières et ne permettent pas aux incisives de se toucher. Il existe entre elles, lors du plus grand rapprochement, un écartement de 2 millimètres au moins. La plaie du menton est cicatrisée; mais à côté, au niveau de la fracture à droite, il s'est développé un phlegmon. Toujours un peu de suppuration par l'intérieur de la bouche. Pas de salivation; bon état du reste. On ne replace plus l'appareil.— Potages.

Le 16, le fragment moyen est un peu remonté.

Le 18, on ouvre l'abcès du menton, et les jours suivants on en retire deux petites esquilles.

Le 27, la plaie du menton est cicatrisée sauf un petit point: il s'écoule encore de temps en temps un peu de pus par la bouche; les fragments sont assez solides; cependant on constate encore un léger mouvement: le fragment moyen est presqu'au même niveau que les autres parties de la mâchoire; l'intervalle entre les dents à droite a notablement diminué. Tout fait espérer une guérison complète et très-prochaine.

L'appareil de M. Houzelot a rempli parfaitement toutes les indications. Ce n'est pas qu'il n'ait quelquefois ses inconvénients; la présence de la tige supérieure dans la bouche excite la salivation, et la pression de la plaque inférieure a plus d'une fois déterminé une inflammation assez vive. Chez notre malade, la salivation a en effet persisté, mais elle existait, et même plus considérable, avant l'application de l'appareil. Nous avons eu aussi un abcès vers le menton; mais la présence des deux esquilles ne suffit-elle pas pour en rendre compte? Je ne prétends pas, au reste, nier les inconvénients quelquefois très-réels de cet appareil et qui ont été signalés par son inventeur même; seulement je veux montrer combien il est souvent difficile d'établir en chirurgie des rapports de causalité. Le dernier fait que j'ai à rapporter servira au besoin à justifier cette remarque.

Le hasard a fait qu'un autre exemple de fracture de la mâchoire inférieure s'est présenté presque en même temps dans le service, et au même lit qu'avait quitté le malade

qui fait le sujet de la première observation. Elle avait lieu chez un homme d'une quarantaine d'années, qui, étant ivre, fut renversé par une voiture. Outre une fracture du corps du fémur à droite, il y avait une fracture de la mâchoire inférieure. Ce ne fut que le surlendemain de son arrivée qu'on s'en aperçut; le malade fixa l'attention sur cette partie dans laquelle il ressentait des douleurs très-vives : à l'examen on constata les faits suivants: un peu de tuméfaction de ce côté de la joue avec une légère ecchymose à la peau au niveau de la canine gauche : ecchymose notable des gencives du même côté ; on a quelque difficulté à constater le lieu de la fracture dont on a reconnu immédiatement l'existence à une crépitation très-prononcée ; cependant, une ligne rouge située entre la canine et la deuxième incisive à gauche la fait reconnaître. En faisant rapprocher la mâchoire inférieure de la supérieure, il se produit un écartement manifeste qui lève tous les doutes : enfin, cet écartement est encore rendu plus sensible par la pression sur les deux angles de là mâchoire : il acquiert environ 2 millimètres. Du reste, il n'y a de déplacement dans aucun sens. Pas de salivation anormale (1).

On appliqua le fil d'or.

Malgré la simplicité de cette fracture, il se développa un phlegmon à son niveau, et on en fit l'ouverture : il s'écoula par la bouche et par l'incision extérieure une assez notable quantité de pus ; par l'intérieur de la bouche, on le fait sortir d'entre les fragments non consolidés.

Je regrette de ne pouvoir dire ce qui est survenu, n'ayant pas suivi plus longtemps le malade. Seulement voilà un abcès développé dans le foyer d'une fracture s mple ; ne l'aurait-on pas attribué à la pression de l'appareil de Houzelot, si par hasard il avait été appliqué ?

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

SINGULIÈRE ERREUR DE DIAGNOSTIC : ENCÉPHALOCÈLE *pris pour une deuxième tête et lié comme telle*; par *le docteur* BUHRING, *médecin praticien à Perleberg.*

Il y a quelques mois que les savants chirurgiens de la *Gazette médicale de Paris* entretinrent leurs lecteurs d'une opération passablement originale; ce n'était rien moins que l'amputation de la tête sur un enfant bicéphale, par le moyen de la ligature. La chose d'ailleurs paraissait toute simple à ces judicieux critiques; et l'unique remarque qu'elle leur suggéra fut que le cas était *moins curieux par l'espèce de monstruosité que par les différents phénomènes physiologiques observés pendant l'opération.* Afin de mettre les chirurgiens à même d'apprécier ce fait en effet fort curieux, nous en donnerons d'abord la traduction exacte et complète.

OBS.—« Le 31 octobre de l'année dernière, je fus appelé dans le village de Kleinow, du cercle de Perleberg, chez le cultivateur B..., qui me pria d'*enlever une excroissance* qui pendait à la tête de son enfant né de la veille. Je trouvai la nouvelle accouchée, délivrée à peine depuis dix-huit heures, assise

---

(1) Ce malade et celui qui fait le sujet de la première observation ont fixé mon attention sur un fait qui, je crois, n'a pas encore été signalé. On considère, en général, les mouvements de la mâchoire inférieure comme produisant dans la fracture de cet os les plus grands dérangements; c'est une erreur, car, chez ces deux malades, le fil d'or dans un cas, l'appareil d'Houzelot dans l'autre, avaient remédié à cet inconvénient. Mais ils n'avaient pu empêcher e déplacement des fragments qui se faisait très-souvent, et dont les malades avaient la sensation par une crépitation très-manifeste, lorsqu'ils tournaient la tête à droite ou à gauche sur leur oreiller. Ainsi, étant sur le dos, la tête reposant sur la partie postérieure, tout est en place ; s'ils détournent la tête, le poids des fragments agissant chacun de son côté, fait qu'ils ne conservent plus les mêmes rapports, bien que l'appareil soit appliqué : la bonne conformation se rétablit presque toujours lorsqu'ils placent de nouveau la tête sur la partie postérieure.

dans la chambre, tournant le rouet ; et à côté d'elle, dans le berceau, le nouveau-né, qui dormait couché sur le côté gauche, et présentait à l'occiput une masse paraissant de prime abord entortillée, en grande partie recouverte d'un cuir chevelu qui était fourni de cheveux assez serrés.—L'enfant (qui était une fille) débarrassée de tous ses langes, je la fis poser nue sur une petite table, et voici ce que je trouvai : crâne petit, front aplati, ressemblant à celui d'un singe ; pariétaux se réunissant vers la suture sagittale en quelque sorte en forme de toit, fontanelle antérieure normale ; la postérieure, par suite de l'absence partielle de celui des bords de l'occipital qui constitue à gauche avec le pariétal correspondant la suture lambdoïde, d'une étendue insolite, et recouverte d'un cuir chevelu tendre. La forme du visage était complétement régulière, ainsi que le reste du corps qui, bien conformé et bien développé, était remarquable particulièrement par la belle voussure que le thorax présentait dans toutes les dimensions. Le poids du corps avec l'appendice céphalique que nous allons décrire était de huit livres et demie.

« A la surface de l'occiput, à côté de la fontanelle, et un peu plus à droite, siégeait donc la masse indiquée, sur un col d'un pouce et demi de diamètre, un peu plus plus grosse elle-même que la tête de l'enfant ; elle représentait une deuxième tête avec la face dirigée à droite, sur laquelle se trouvaient indiquées une fente oculaire sans globe, une éminence nasale et une fissure buccale. Le crâne de cette pseudo-tête n'offrait nulle part d'ossification ; il consistait en un cuir chevelu, épais, garni de cheveux, et qui, dans quelques points, donnait la résistance d'une lamelle cartilagineuse. A la partie postérieure de cette môle céphalique (*kopfmola*), se dessinait une deuxième tumeur sphérique d'une couleur rouge très-marquée où se prononçait la fluctuation la plus distincte, et qu'on pouvait toucher sans que l'enfant donnât le moindre signe de douleur ; tandis qu'au moindre attouchement sur le reste de sa tête jumelle, il poussait les cris les plus violents. Autres étaient les phénomènes quand je comprimais le col, c'est-à-dire le pont qui unissait les deux têtes. Ici presque point de sensation douloureuse, et quand on portait les doigts plus profondément, qu'on embrassait circulairement et qu'on comprimait le col, il ne survenait que des phénomènes qui appartiennent à l'*apoplexie sanguine*, produits sans doute par l'interception de la circulation dans le lieu de communication, et par l'accumulation consécutive du sang dans les vaisseaux de la cavité crânienne normale.

« Que l'ablation de cet appendice céphalique fût dans le domaine de la possibilité physiologique, c'est ce que tendait à prouver la circonstance dont il vient d'être question ; et après que j'eus fait comprimer fortement le col par un aide pendant une demi-heure (ce qui n'empêchait pas, il est vrai, la circulation profonde de se faire toujours par le centre du col), aucun symptôme d'une certaine importance ne s'étant montré, je fus amené peu à peu à l'idée de détruire la vie parasite de la deuxième tête par une strangulation complète, et d'attendre sa séparation de la tête vivante.—Mais, avant d'en venir à l'opération elle-même, j'ouvris, par une incision oblique, la portion qui présentait de la fluctuation ; il s'en écoula environ cinq onces d'une sérosité jaune clair. Après l'avoir complétement vidée, je fis écarter avec des érignes les bords de la plaie à qui j'avais donné une longueur de deux pouces et demi, et alors j'eus clairement sous les yeux la surface du contenu de la môle. —J'aperçus deux hémisphères normalement formés, avec des circonvolutions bien marquées, séparées par un sillon longitudinal profond, dans lequel s'enfonçait un processus falciforme très-solide. Voilà les notions préalables que je pus obtenir sur la nature anatomique de la tumeur ; car mon incision préliminaire ne m'en fournit pas une connaissance plus approfondie.

« J'appliquai alors autour du col de la môle céphalique une ligature épaisse, bien cirée ; j'y fis un simple nœud que je serrai, en en saisissant les extrémités à pleines mains, d'abord à un degré modéré, et je donnai les bouts à tenir à mon aide. Pendant que j'opérais cette constriction mitigée, l'enfant montra une tranquillité complète. Alors je fis tirer avec plus de force, et aussitôt la respiration se fit avec effort, s'accéléra, le pouls devint plus fréquent, plus petit, plus dur, la pupille se dilata, les vaisseaux sanguins du visage et des téguments de la tête s'injectèrent vivement, la veine jugulaire externe se dessina aussi à travers la couche graisseuse sous-cutanée assez épaisse, sous l'aspect de faibles lignes. Avec un petit scalpel je fis alors une incision longitudinale au niveau de cette veine ; je la mis un peu à nu, et j'en perçai la paroi extérieure avec une lancette portée dans une direction oblique. Un jet de sang, petit, court, s'ensuivit ; mais aussitôt il se transforma en écoulement goutte par goutte du sang veineux. Cette mesure de précaution prise, je repris les bouts de la ligature, et une traction vigoureuse acheva d'un coup la *ligature du cerveau*.— A l'instant jaillit un fort jet de sang veineux de la plaie du cou, et après que j'en eus laissé couler environ trois onces, les symptômes indiqués plus haut diminuèrent peu à peu, jus-

qu'à ce qu'il ne resta plus qu'un peu de gêne dans la respiration et des mouvements irréguliers des extrémités, effets de la douleur.

« Après que j'eus soutenu par un pansement convenable la masse isolée de la partie vivante, l'enfant prit le sein de la mère. La tumeur offrait alors par toute sa surface une coloration de violet obscur, tandis que la substance nerveuse qu'elle contenait présentait dans tous ses points une telle injection rouge foncée, que je pus apercevoir à peine un point blanc de la pulpe. Peu de minutes après l'opération, la masse était devenue complétement froide, et dès lors l'enfant ayant commencé à téter de bon appétit, je fis, sur le sein de la mère, un examen plus précis de son appendice céphalique.

« Une incision longitudinale divisa les téguments, — un cuir chevelu dense, fort, garni de cheveux, — jusqu'à la deuxième enveloppe qui fut ainsi mise à découvert ; c'était la dure-mère dont j'avais déjà ouvert la partie postérieure par mon incision préliminaire. Je prolongeai mon incision en arrière, et j'arrivai à un petit repli transversal de cette même membrane, qui représentait une tente du cervelet imparfaite, au-dessous duquel se trouvait une petite sphère pulpeuse également injectée et d'un rouge obscur, qui, dans sa structure, n'avait aucune ressemblance avec le cervelet. On vit ici les circonvolutions et les anfractuosités du grand lobe du cerveau, point d'hémisphères, point de lobes, de pédoncules, de processus vermiforme ; à la base pas de trace d'une moelle allongée. Dans le bord postérieur du repli qui représentait la tente du cerveau, se trouvait un grand sinus, qui en partie avait crevé par l'effort du sang qui s'y était accumulé, et dans lequel s'ouvraient deux gros troncs veineux venant dans l'occiput de l'enfant et se perdant dans la partie étranglée.

« Je fendis maintenant, parallèlement à la fente longitudinale de la grande moitié du cerveau, la dure-mère complétement ; je retirai la faux du cerveau, et rejetai une moitié d'un côté, l'autre moitié du côté opposé. Elle se laissa facilement séparer en ses deux feuillets, ce que favorisa le sang extravasé partout et en partie déjà coagulé. A la surface du cerveau aussi, sous l'arachnoïde, s'étaient formés des caillots. Je saisis alors par sa partie occipitale toute la masse étranglée, et je la soulevai pour en examiner la base. Le sang accumulé ici en caillots volumineux rendait, il est vrai, une inspection directe et distincte de cette face impossible, mais je pus pourtant distinguer une espèce de pont de Varole, un nœud pulpeux lisse, qui unissait les deux hémisphères ; je ne découvris point d'autre commissure ; les grandes cuisses du cerveau et tous les autres organes situés à la base manquaient complétement.

« L'enfant, pendant cet examen de son appendice étranglé, ne s'était laissé nullement troubler dans son occupation, et ne donna même encore après (deux heures après l'opération) aucun signe de douleur. J'enveloppai la tumeur disséquée dans un linge que j'imbibai d'eau-de-vie, et fixai le tout avec un bandage approprié ; après quoi l'enfant fut replacé dans son berceau. Je passai encore une heure près de ma petite opérée, et comme elle respirait librement et goûtait un sommeil paisible, je pus espérer de la conserver à la vie, de voir tomber la masse liée et une cicatrice solide se faire peu à peu au cuir chevelu sous l'influence de la réaction vitale. Mais à mon retour, le lendemain, les parents vinrent à ma rencontre calmes et satisfaits, pour m'annoncer que le bon Dieu n'avait pourtant pas voulu les punir avec un enfant monstrueux, et que celui-ci venait d'expirer. —La mort est donc survenue trente-six heures après l'opération.

« La pièce que je conserve a été examinée avec moi par le docteur Kersten, médecin du cercle, et par M. Losch de Wittemberg, à qui une pratique chirurgicale d'un grand nombre d'années, un zèle rare, une capacité reconnue, a acquis l'amour et l'estime de tous les honnêtes gens.—Le résultat de cet examen a été que nous avions eu affaire ici à un bicéphale réel, quoique imparfait ; que nous pouvons avec raison appeler l'appendice céphalique, une *môle céphalique* ou une *tête môle* (*kopfmola*), puisque l'examen de la véritable tête de l'enfant nous a démontré que le cerveau qu'elle renfermait était complet, intact, et bien conformé dans toutes ses parties.—Des rapports de cette tête avec son appendice, au moyen d'une substance nerveuse, nous ne pûmes en découvrir nulle part, sinon que des cordons nerveux, des vaisseaux et des prolongements fibreux de la dure-mère passaient par le pont de communication.—La cavité thoracique présenta ses organes dans leur état tout à fait normal. L'estomac et les intestins, à l'exception du rectum où était accumulé un peu de méconium, étaient tellement vides de chyle et de matières fécales, qu'ils étaient transparents. »

(*Wochenschrift für die ges. heilkunde*, Jan. 1844.)

Nous ne ferons pas à nos lecteurs l'injure de leur démontrer qu'une masse pendant à la fontanelle occipitale, renfermant une portion du cerveau et de la sérosité, avec la dure-mère et le cuir chevelu pour enveloppes, est toute autre chose qu'une tête humaine ; et qu'il a fallu une foi robuste pour admettre ainsi une tête sans crâne, sans face, sans os,

sans yeux, etc., etc. Il s'agit donc d'un encéphalocèle des mieux caractérisés et des plus faciles à reconnaître malgré les préoccupations du narrateur; et les deux points essentiels de l'observation sont : d'abord cette méprise incroyable et dont il n'existait pas jusque-là d'exemple, puis la promptitude de la mort après la ligature; ce qui rapproche tout à fait ce cas de celui de M. Velpeau, que nous avons rapporté dans notre dernier numéro.

DE LA LUXATION ISOLÉE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU CUBITUS; *par le docteur* Paul BRUN.

Nous avons déjà dit quelques mots de ce travail, à l'occasion d'une observation de M. Foucard (voir ci-devant page 158); mais le sujet est assez neuf pour qu'il ne soit pas inutile d'y revenir. M. Brun a donné pour base à son Mémoire trois observations par lui recueillies lorsqu'il était interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon; il y a ajouté des expériences sur le cadavre; voyons d'abord ses observations.

OBS. I. — « Charles Fourrier, boucher, âgé de 42 ans, se luxa le coude gauche en tombant de voiture; il ne peut nous donner que des renseignements très-vagues sur la position du bras au moment où s'est opérée la luxation; il présume qu'il l'a porté instinctivement en avant pour amoindrir l'effet de la chute. Il est admis à l'Hôtel-Dieu, le 17 février 1840, trois semaines après l'accident, et nous présente les symptômes suivants :

« L'avant-bras est dans un degré de flexion intermédiaire entre l'extension complète et la flexion à angle droit. Lorsqu'on cherche à le fléchir ou à l'étendre, on éprouve de la résistance, et le malade accuse une vive douleur. Abandonnée à elle-même, la main se place dans la pronation; mais elle peut être portée alternativement dans la pronation et la supination, sans que ces mouvements, qui sont faciles et presque aussi étendus qu'à l'état normal, fassent éprouver la moindre douleur au malade. Si, pendant qu'on fait exécuter ces mouvements, le doigt est porté sur l'articulation radio-humérale, on perçoit très-nettement la rotation de la tête du radius; on sent la rainure qui la sépare de l'épicondyle, et on peut ainsi s'assurer que ces deux os ont conservé leurs rapports normaux. L'avant-bras m'a paru légèrement dévié en dehors, son axe formant avec celui du bras un angle saillant en dedans et rentrant en dehors. En plaçant deux doigts sur les tubérosités interne et externe de l'humérus, et un troisième sur le sommet de l'olécrâne, on trouve que cette dernière éminence est très-peu remontée au-dessus de son niveau ordinaire, c'est-à-dire le plan horizontal qui passerait par les deux premières; j'ai estimé que cette ascension pourrait être d'un centimètre environ; elle est beaucoup plus saillante en arrière qu'à l'état normal, ce qui augmente considérablement le diamètre antéro-postérieur de l'articulation, et constitue une déformation du coude des plus évidentes. Derrière l'épitrochlée on sent une dépression, un enfoncement des plus marqués, qui a succédé à la gouttière du nerf cubital. En mesurant la distance qui sépare l'épitrochlée du sommet de l'apophyse styloïde du cubitus, j'ai trouvé qu'elle avait environ un centimètre de moins que du côté sain.

« Les internes et les chirurgiens qui ont observé ce malade furent un instant indécis sur la question de savoir si la tête du radius avait conservé ses rapports normaux avec le condyle huméral; quelques-uns pensaient qu'elle était luxée en arrière. Un examen attentif de l'articulation radio-humérale, la conservation des mouvements de pronation et de supination, l'existence facile à constater, malgré le gonflement, de la rainure formée par l'interligne articulaire, dissipèrent toutes les incertitudes.

« Le tronc étant fixé ainsi que le bras, plusieurs aides tirèrent sur l'avant-bras placé dans la supination et la demi-flexion. Les tractions furent opérées dans la direction de l'axe de l'avant-bras, c'est-à-dire en avant et en dehors. Pendant ce temps, l'opérateur appuyait d'une main sur l'olécrâne qu'il poussait en bas et en avant, de l'autre sur l'extrémité inférieure du bras qu'il poussait en arrière. Lorsque l'extension fut jugée suffisante, on commanda aux aides extenseurs un mouvement brusque, par lequel l'avant-bras fut porté dans la flexion. La première tentative fut infructueuse, à la seconde la réduction fut opérée. Telle est, après plusieurs manœuvres tentées inutilement, celle qui a réussi à faire cesser le déplacement.

« L'avant-bras fut maintenu dans la demi-flexion et la pronation, à l'aide d'un bandage en 8 de chiffre et d'une écharpe. La guérison s'est effectuée très-promptement, et l'articulation a recouvré ses mouvements. »

OBS. II. — « Ambroise Richard, âgé de 18 ans, est admis à l'Hôtel-Dieu, le 5 mai 1840, pour une luxation du coude droit. Jeté à terre pendant une rixe, le bras droit fléchi soutenait le tronc en arc-boutant contre le sol, lorsqu'il reçut un violent coup de pied au-dessus du coude. Il s'aperçut aussitôt qu'un dérangement venait de s'opérer dans cette jointure. Tel est en substance ce que j'ai pu extraire des souvenirs confus de ce malade, sur les circonstances dans lesquelles s'est produite la lésion pour laquelle il venait réclamer nos soins. Les symptômes observés

14 heures après l'accident, étaient les suivants.

« Tuméfaction du coude. L'avant-bras est dans une position intermédiaire entre l'extension et la demi-flexion, avec tendance marquée à se placer dans la pronation. Les mouvements de flexion et d'extension sont très-bornés, et toute tentative pour les produire arrache au malade des cris de douleur. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent librement. L'avant-bras paraît légèrement dévié en dehors, et forme avec le bras un angle très-obtus dans le sinus duquel la masse des muscles supinateurs et radiaux relâchés forme une saillie plus marquée qu'à l'état normal. L'olécrâne est très-saillant en arrière, et un peu remonté. Au-dessus de l'olécrâne on sent le triceps fortement tendu et éloigné de l'humérus. On sent derrière l'épitrochlée une dépression profonde, puis une crête osseuse qui se meut avec le cubitus, et qui ne peut être que le bord interne de la grande cavité sigmoïde. En portant les doigts à la partie externe et postérieure du coude, pendant qu'on fait exécuter des mouvements de pronation et de supination, on ne sent rien qui indique un déplacement de la tête du radius. Cette tête se meut manifestement autour d'un axe passant par le condyle huméral, et les deux surfaces articulaires laissent entre elles une rainure qu'il est facile de percevoir, surtout en dehors.

« Quelques heures après l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, la luxation fut réduite par MM. Eugène Bonnet et Martin, internes de garde, qui ont pu observer comme moi les symptômes que je viens de décrire. Après quelques tentatives infructueuses, les opérateurs furent étonnés de la facilité avec laquelle les manœuvres suivantes opérèrent la réduction : le bras étant maintenu fixe parallèlement au tronc, la contre-extension fut appliquée sur lui ; l'extension sur l'extrémité de l'avant-bras placé dans la supination et dans un léger degré de flexion. L'effort extensif était dirigé d'arrière en avant et un peu de dedans en dehors, pendant que l'olécrâne était poussé en bas et en avant. »

La troisième observation est plus brièvement rapportée. « Il s'agit d'un garçon de peine qui tomba de voiture de telle façon que le poids du corps porta presque en entier sur la main droite, l'avant-bras étant en pronation et légèrement fléchi. La réduction fut faite par M. Bonnet, à l'aide d'un mode opératoire analogue à ceux employés dans les précédentes observations. »

Enfin M. Brun ajoute quelques mots sur un quatrième cas, mais si incomplétement observé qu'il ne saurait dire s'il y avait ou non luxation du radius ou même fracture ; nous laisserons donc ce fait de côté.

Pour s'assurer s'il avait bien eu affaire à une luxation *incomplète* et isolée du cubitus en arrière, l'auteur fit des expériences sur le cadavre. Il est à regretter qu'il n'en ait pas donné les détails ; il dit seulement qu'il n'a pu obtenir de luxation qu'après l'incision sous-cutanée de la presque totalité des liens ligamenteux qui unissent le cubitus au rayon et à l'os du bras. Alors il a pu obtenir son déplacement, et il le regarde comme possible sur le vivant, mais aux conditions suivantes :

« 1° Pronation de l'avant-bras afin de distendre le ligament interosseux et surtout la corde ligamenteuse de Weitbrecht ; 2° *Rupture du ligament annulaire à son attache au cubitus ;* 3° Rupture de la moitié interne du ligament antérieur et du ligament interne ; 4° *Luxation de l'articulation radio-cubitale supérieure.* »

Nous avons mis en italique deux de ces conditions qui nous semblaient d'abord fort étranges ; mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que l'auteur pensait avoir eu affaire à une luxation du cubitus à la fois sur l'humérus et sur le radius ; sorte de déplacement qui sans doute n'est pas absolument impossible, mais qui ne saurait être admis aussi à la légère, sans preuve suffisante, et de plus contre toutes les probabilités.

Nous noterons d'abord que la production des luxations huméro-cubitales sur le cadavre n'est pas à beaucoup près si difficile que le pense M. Brun. Il suffit d'un seul homme cherchant à plier le coude en dehors de façon à rompre le ligament latéral interne ; ce ligament détruit, un léger mouvement de torsion porte très-facilement le cubitus en arrière ; et c'est ainsi que nous avons produit nombre de fois, pour l'instruction de nos élèves, des luxations incomplètes. Jamais alors il ne nous est arrivé de rompre le ligament annulaire, ni conséquemment de luxer le cubitus sur le radius.

Mais ce qu'il importe de signaler, c'est que tous les symptômes observés par M. Brun se rencontrent dans la luxation incomplète de l'avant-bras en arrière, que nous avons depuis longtemps signalée comme beaucoup plus fréquente que la luxation complète ; et que la seule circonstance qui aurait pu justifier son diagnostic, c'est-à-dire la position précise de la tête du radius, n'est pas à beaucoup près indiquée avec le soin qui conviendrait. La conservation des mouvements de pronation et de supination annonce seulement que le radius n'a pas quitté le cubitus ; l'existence de la rainure articulaire au côté externe prouve uniquement que le déplacement du radius sur l'humérus n'est pas complet. Pareil reproche s'appliquerait à peu près à tous les autres observateurs qui ont parlé de la luxation du cubitus ; et pour donner un exemple de la con-

fusion apportée dans le diagnostic, nous dirons que le créateur de cette variété, A. Cooper, avait pris pour telle une pièce pathologique qu'il a fait dessiner, et qui, d'après le dessin, n'est qu'une luxation incomplète des deux os. Nous ne voulons pas dire que la luxation ne puisse quelquefois être limitée au cubitus, le radius servant d'axe au mouvement qui porte le premier os en arrière, bien que nous n'en ayons pas encore rencontré d'exemple; et il est difficile de penser que tous ceux qui en ont vu se soient uniformément abusés. Du reste, en l'admettant comme réelle, il n'y faut jamais voir qu'un degré de la luxation incomplète en arrière; les causes, les phénomènes principaux sont les mêmes, et le traitement ne diffère pas.

On a pu remarquer que l'avant-bras, chez les sujets vus par M. Brun, était incliné en dehors, faisant avec le bras un angle saillant en dedans. D'autres ont vu tout le contraire, c'est-à-dire l'angle saillant en dehors. Cela tient sans doute au degré du déplacement du cubitus: car, dans les luxations incomplètes, nous avons eu occasion d'observer l'un et l'autre phénomènes.

Il y aurait bien aussi quelque chose à dire sur la prétendue ascension de l'olécrâne; car c'est là une des erreurs que l'on commet le plus fréquemment. Nous remarquerons seulement que si l'olécrâne était remonté d'un centimètre, comme en même temps il était notablement porté en arrière, il y aurait eu plus d'un centimètre de raccourcissement entre l'épitrochlée et l'apophyse styloïde du cubitus. Mais il sera préférable d'agiter toutes ces questions dans un travail particuler.

(*Journal de méd. de Lyon.*)

LUXATION EN ARRIÈRE DE L'AXIS *sur l'atlas*; par M. HIRIGOYEN.

Chaque jour une observation plus attentive ajoute aux acquisitions de la science en ce qui concerne les luxations; et nous enregistrons précieusement tous les faits qui, comme celui qui va suivre, mettent des notions positives à la place de présomptions plus ou moins conjecturales. On ne connaît jusqu'à présent que deux cas de luxation de l'axis en arrière; l'un de J.-L. Petit, qui n'a pas grande valeur, attendu qu'on ne sait même pas si l'autopsie a été faite; et un autre de Ch. Bell, rapporté en trop peu de mots pour jeter un jour bien vif sur l'histoire de cette luxation. On lira donc l'observation suivante avec un grand intérêt.

OBS.—Le 17 novembre 1842, à 8 heures du matin, on transporta à l'hôpital Saint-André un individu âgé de 60 ans, nommé Jean Dumé. C'était un maçon qui, monté à une hauteur de 4 à 5 mètres, avait perdu l'équilibre, et était tombé la tête la première sur un monceau de sable. Il fut immédiatement placé dans le service de M. Chaumet, alors chirurgien en chef, qui l'examina avec M. Hirigoyen. — Coma profond, yeux fermés, pas de déviation dans les traits de la face; respiration assez douce, même un peu faible et lente; pouls difficile à percevoir, cinquante-huit pulsations par minute; résolution complète des muscles, mollesse remarquable dans toutes les régions du corps. Il n'était sorti de sang ni par le nez ni par les oreilles; il n'y avait aucune trace de blessure ni de contusion; le derme était seulement un peu excorié au côté interne de l'articulation radio-carpienne droite; la colonne vertébrale ne présentait aucune déviation; la tête était assez fortement renversée en arrière, mais pas plus cependant qu'elle ne l'est communément sur un cadavre placé sur un plan horizontal; elle était même assez mobile.

Après avoir examiné les différentes parties du corps, M. Chaumet déclara que l'état où se trouvait le malade devait être rapporté à une commotion cérébrale; tous les symptômes observés se rapportaient, en effet, au premier et au second degré de la commotion, tels que Delpech les a établis. Il prescrivit, en conséquence, des sinapismes sur les extrémités inférieures, des lavements purgatifs, une saignée du bras si le pouls se relevait, etc.; mais tous ces moyens furent sans efficacité; le pouls se maintint au même degré de lenteur et de faiblesse; le soir, le malade n'avait pas fait un seul mouvement; ses yeux étaient toujours fermés, le globe oculaire immobile, la pupille largement dilatée, la cornée transparente un peu terne. Il s'éteignit la nuit suivante, à quatre heures du matin, sans avoir eu ni convulsions ni soubresauts.

Pénétré de l'idée que c'était à une violente commotion cérébrale qu'il fallait assigner la cause des symptômes précédemment décrits et de la mort, M. Hirigoyen procéda avec soin à l'ouverture du crâne et à l'examen du cerveau; mais il ne trouva ni sang épanché dans les méninges, ni altération de la substance cérébrale. Le désordre était ailleurs. —« C'est, dit-il, en voulant extraire le cerveau du crâne, de la base duquel je ne l'avais pas encore enlevé, et en plongeant à cet effet la lame du scalpel dans le canal vertébral pour couper la moelle, que mon attention fut tout à coup attirée vers cette région. La moelle allongée, qui est toujours librement logée dans son canal, paraissait tout à fait portée en arrière, et même un peu aplatie contre l'arc postérieur de l'atlas. Je la divise aussi bas que possible, et elle reste attachée à l'encéphale, que j'enlève de la base où il est placé. La partie inférieure du cerveau, du

cervelet, ni du mésocéphale ne me présentent rien à noter; la moelle allongée offre un aplatissement sensible d'avant en arrière, au niveau du tiers inférieur des pyramides; cependant on ne peut pas dire qu'il y ait eu désorganisation de la substance. A travers la dure-mère rachidienne, on aperçoit antérieurement une couleur bleuâtre due à du sang noir épanché entre elle et les vertèbres; une saillie très-considérable dans la partie verticale du canal est la cause de l'aplatissement du bulbe rachidien. Je fends la dure-mère sur cette saillie; je découvre ainsi l'apophyse odontoïde, qui est placée en arrière du ligament transverse, et un peu plus du côté gauche que du côté droit; le ligament odontoïdien de ce côté est intègre, tandis que celui du côté droit est complétement rupturé au niveau de l'apophyse. J'ajoute que le ligament odontoïdien conservé est placé, pour ainsi dire, à cheval sur le ligament transverse; qu'il a empêché l'apophyse de remonter tout à fait derrière ce ligament, ou de se porter encore plus en arrière et d'écraser ainsi complétement la moelle. Les apophyses articulaires sont écartées les unes des autres; il n'y a aucune fracture. Le reste du rachis est à l'état normal. Rien de particulier n'a été rencontré dans les autres cavités viscérales. »

(*Bulletin méd. de Bordeaux.*)

Obstétrique.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, *provoqué à l'aide du tampon, et suivi de succès pour la mère et pour l'enfant*, par *le professeur* SCHŒLLER, *de Berlin*.

Nous avons déjà fait connaître (tome Ier, page 155) une observation de Schœller relative à un cas de ce genre, et nous avons insisté sur la simplicité de la méthode. Mais, sans nous prononcer sur sa valeur, nous avions dit qu'il fallait en appeler aux faits pour la juger définitivement. Or, plusieurs tentatives pareilles à celles de Schœller ont été beaucoup moins efficaces, et nous n'avions pas tort de craindre que l'excitation produite par le tampon ne fût quelquefois insuffisante. Nous citerons tout à l'heure quelques cas dans lesquels, après avoir constaté l'impuissance de ce moyen, on fut obligé de recourir à d'autres. L'observation même du professeur de Berlin, dans laquelle on voit l'accouchement ne s'accomplir que neuf jours après l'application du tampon, nous semble, malgré le succès, peu encourageante.

OBS.—La femme Richter, âgée de 36 ans, sur laquelle Schœller avait déjà, en 1841, provoqué l'accouchement avant terme par l'application du tampon, devint de nouveau enceinte le 15 juillet 1843, et sentit les premiers mouvements de son enfant le 12 novembre.

Son premier enfant (vivant) était une fille qu'on avait fait naître au commencement de la trente-deuxième semaine, et qui avait été expulsée très-rapidement. Elle pesait 4 liv. 1/2; elle avait 16 pouces de long; sa tête offrait les dimensions suivantes:

Diamètre bipariétal........... 2 p. 7/8;
Diamètre occipito-frontal...... 4 p.;
Diamètre occipito-mentonnier.. 4 p. 1/2;

Le bassin avait 3 pouces de petit diamètre au détroit supérieur, et Schœller crut qu'on pouvait différer jusqu'au commencement de la trente-quatrième semaine l'emploi des moyens qui pouvaient mettre en jeu la contractilité utérine.

Le 3 mars, pour rendre plus facile le travail qu'on allait provoquer, on fit prendre à la femme Richter une infusion de séné composée avec addition de sulfate de soude, qui procura de nombreuses évacuations.

Le 4 au soir, après avoir constaté une présentation du sommet, Schœller introduisit le spéculum de Fricke, puis, à l'aide de cet instrument, une quantité de charpie suffisante pour remplir le vagin. Ce tamponnement se fit sans difficulté et ne détermina point de douleur. A partir de ce moment, des frictions furent faites sur l'abdomen par la femme elle-même. Il n'y eut dans la nuit suivante que quelques légères douleurs de reins.

Le 5, le tampon fut renouvelé. Il semblait à la femme que son enfant se redressait tout entier; mais elle n'éprouva d'ailleurs rien de particulier.

Le 6 au soir, l'orifice interne était ouvert; de temps en temps il y avait de très-légères douleurs.

Le 7, nouvelle application du tampon, qui fut retiré le 8 au soir, et à partir de ce moment ne fut pas renouvelé. Alors l'orifice pouvait admettre deux doigts réunis.

Le 9 et le 10, le seigle ergoté fut administré, et le 10 au soir, sous l'influence de contractions devenues sensiblement plus fortes, les membranes se rompirent. Les douleurs diminuèrent; l'orifice retomba sur lui-même; la tête, nullement pressée sur le détroit, devint mobile au point que le 11 au soir, après une journée pénible qui avait débuté par un frisson suivi de fièvre, la face vint se présenter. On parvint, à l'aide de pressions extérieures, suivant la méthode de Wigand, à ramener le sommet dans l'aire du détroit supérieur.

Le 12, après une nuit très-calme, au début de laquelle avaient été administrées quinze gouttes de teinture d'opium, la contractilité utérine se réveilla plus vive que jamais; le travail était enfin franchement déclaré. Il fut des plus actifs, accompagné d'efforts violents. A quatre heures du soir naquit, en première position du sommet, un garçon dans un état apoplectique, que les soins ordinaires firent bientôt disparaître. Il pesait 6 livres 1/2, et avait 18 pouces de longueur. Sa tête offrait les dimensions suivantes :

Diamètre bipariétal........... 3 p. 1/4;
Diamètre occipito-frontal...... 4 p. 1/2;
Diamètre occipito-mentonnier.. 5 p.

La délivrance fut naturelle. — L'enfant téta le soir même une nourrice et plus tard sa mère, qui n'eut pas toutefois assez de lait pour continuer longtemps. Une nourrice en fut donc chargée définitivement. Quatre mois après, Schœller eut occasion de revoir cet enfant, et constata qu'il était en bon état.

(*Berlin. Med. Zeitung*, 1844.)

A ne considérer ici que le résultat, on ne peut disconvenir que le but n'ait été atteint : la mère, une fois accouchée, n'a point éprouvé d'accidents; l'enfant est né vivant et a continué de vivre. Mais pour arriver là neuf jours ont été nécessaires, pendant lesquels la femme a souffert plus ou moins vivement. Pendant quatre jours entiers elle avait été tamponnée, et la souplesse de l'orifice avait été l'unique prix d'une si longue gêne. Pense-t-on que, si l'on n'avait rien fait de plus, la contractilité utérine eût été définitivement mise en jeu? Cela n'est pas probable. L'impulsion n'était pas encore franchement donnée; le travail se serait bientôt arrêté, et l'utérus serait rentré dans l'état de repos dont il était à peine sorti. Au moins ne refusera-t-on pas de reconnaître que le seigle ergoté a été dans ce cas un puissant auxiliaire, pour ne pas dire l'unique agent des contractions utérines bien caractérisées qui amenèrent la rupture des membranes ; si bien qu'on pourrait à bon droit regarder le tampon comme un moyen simplement préparatoire, propre à opérer dans la portion vaginale du col utérin le raccourcissement, la dilatation et la souplesse qui facilitent ensuite l'introduction de l'éponge ou l'emploi de tout autre moyen d'une efficacité plus certaine que le simple tamponnement. A ce titre, cette méthode mérite-t-elle d'être conservée? Etlinger (*Obs. obstétr.*, 1844), après avoir constaté, dans un cas observé à la Clinique d'accouchements de Bonn, l'insuffisance du tamponnement, croit pourtant que son action préparatoire peut être utilisée. Mais il fait à cet égard une remarque qu'il ne faut pas perdre de vue, savoir, que le tampon imbibé d'huile ou de cérat peut rester à peu près sans effet, et que le tampon sec, d'une action incontestablement plus énergique, a l'inconvénient grave de dessécher, d'irriter et même d'enflammer le vagin. Le cas d'Etlinger peut être d'ailleurs considéré comme un exemple d'insuccès complet de la méthode de Schœller. Il fallut recourir à celle de Kluge.

Dans deux autres cas récemment rapportés par d'Outrepont (*Neue Zeitsch. f. Geb. XVII*, 13), le tampon ne fut pas plus efficace. Il devint absolument insupportable ; il fallut y renoncer. La perforation des membranes qui fut préférée eut une action prompte et décisive.

On avait pu hésiter d'après les premiers cas que Schœller a portés à la connaissance du public médical. Mais à mesure que les faits se multiplient, l'opinion se prononce plus ferme, plus arrêtée, et certainement de moins en moins favorable à une méthode décidément infidèle.

Pharmacologie chirurgicale.

PRÉPARATION ET EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES MOUCHES DE MILAN ; par M. LOURADOUR.

Nous empruntons au *Journal de chimie médicale* la note suivante sur une préparation utile pour remplacer dans certains cas le vésicatoire ordinaire. En voici d'abord la formule :

℞ Résine élémi.........	125 grammes.
Styrax liquide........	125
Cire jaune...........	150
Camphre..............	30
Cantharides en poudre fine................	250

On fait liquéfier ensemble, à une douce chaleur, la résine et la cire; après quoi l'on ajoute le styrax d'abord, puis les cantharides, et on maintient le tout sur un feu très-doux pendant une demi-heure. Au bout de ce temps, on retire du feu, on agite la masse emplastique avec une spatule, jusqu'à ce qu'elle soit à peu près refroidie, et alors enfin on y incorpore le camphre préalablement réduit en poudre très-ténue par les moyens appropriés.

Cet emplâtre, qui est d'une bonne consistance, produit promptement la vésication. La dimension des petits écussons pour son application peut varier de vingt-cinq millimètres à quatre centimètres. C'est le plus souvent sur du taffetas noir que l'on étend l'emplâtre pour préparer les petits écussons qui sont plus spécialement désignés par la dénomination de mouches de Milan. Cette composition emplastique est employée comme

dérivatif dans les cas de fluxion, de douleurs de tête, de maux d'yeux et de rhumatismes.

On place sur le point désigné un ou plusieurs petits écussons que l'on recouvre ensuite avec une compresse.

On n'enlève ces mouches que lorsqu'elles cessent de donner lieu à une sécrétion de sérosité et qu'elles se détachent d'elles-mêmes. On doit d'ailleurs les renouveler au besoin.

BULLETIN CLINIQUE.

BLESSURE DE L'UN DES RAMEAUX CALCANIENS *fournis par l'artère tibiale postérieure; — Ligature de cette artère vers le tiers moyen de la jambe; — Hémorragie survenue, le dixième jour, par le bout inférieur; — Ligature de l'artère crurale au haut de la cuisse; — Guérison;* par M. A.-T. Chrestien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

« Il subsiste encore des contestations intéressantes sur ce même sujet, entre les praticiens les plus célèbres, qui ne pourront être vidées que par l'observation; il est donc utile que tous ceux qui ont pu recueillir des faits de ce genre en publient les résultats; car ils peuvent servir à éclaircir quelques doutes, et à étendre les préceptes susceptibles d'application à la pratique. »—(Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. 1er, p. 1.)

Obs. — Louis Amédée, à peine âgé de 20 ans, garçon jardinier chez le sieur Gallot, se fit, le 28 mai 1838, une piqûre au-dessous et en arrière de la malléole interne de la jambe gauche, en brisant négligemment avec le pied des mottes qui embarrassaient les dents de la herse. L'immersion de la jambe dans une pile d'eau froide n'ayant pas pu arrêter l'hémorragie, des chiffons brûlés furent appliqués sur la plaie, et une bande fut roulée autour du cou-de-pied : le sang cessa de couler.

La guérison obtenue par le docteur Mirault d'Angers, dans un cas semblable, et mentionnée par le docteur Boutreux dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales* (t. IV, p. 238), ainsi que plusieurs faits dont j'ai été témoin, ou qui me sont propres, m'autorisent à croire que si le repos avait été gardé assez longtemps, il n'aurait pas été besoin des secours de l'art; mais Louis Amédée ayant voulu aller à la messe le jour de la Pentecôte, l'hémorragie se renouvela plus forte que la première fois. Elle fut encore arrêtée de la même manière; et quand j'arrivai auprès du blessé, je n'eus qu'à lui prescrire la diète, des boissons froides et acidules, des affusions constantes d'eau à basse température, et, par-dessus tout, le repos absolu du membre. Deux jours se passèrent, pendant lesquels mon malade parut devoir être guéri sans opération chirurgicale; mais l'imprudence qu'il eut d'essayer quelques pas fit reparaître une hémorragie bien plus active que les deux précédentes; et je fus alors bien convaincu, en mesurant par la pensée le *molimen hæmorragicum* qui allait toujours croissant, que la ligature artérielle était indispensable.

Le malade, à qui j'en fis la proposition, me fit observer que, puisque c'était par sa faute que cette troisième hémorragie était survenue, il y avait lieu d'espérer que, plus soumis à mes conseils, il pourrait sans doute éviter l'opération chirurgicale. Je partageai jusqu'à un certain point son espoir, en recommandant toutefois aux gens qui l'entouraient d'exercer sur la plaie la surveillance la plus active, et d'entretenir toujours froides les compresses dont la jambe était enveloppée. A 10 heures du soir, j'allai le revoir, quoique je ne l'eusse quitté qu'à 4 heures : un caillot sanguin était sur la plaie, et l'hémorragie ne s'était pas reproduite; mais le pouls plein et fréquent m'en annonçait l'imminence. En effet, elle eut lieu le lendemain matin à 6 heures, sans que le blessé eût remué de dessus son lit : aussi fut-il terrifié et consentit-il à subir l'opération qu'il avait refusée la veille. C'était le 6 juin.

Lier l'artère dans le point même où elle avait été perforée, aurait été la conduite que j'aurais tenue, comme le professeur Bérard de Paris, si comme lui j'avais pratiqué l'opération dans les premiers moments qui suivirent la blessure; car non-seulement je crois que « les ligatures doivent être placées « aussi près que possible des lésions arté- « rielles qui les rendent nécessaires à la « jambe comme à l'avant-bras (1); » mais encore que si des chirurgiens, d'ailleurs habiles, voient l'hémorragie se reproduire après une première ligature, c'est parce qu'ils n'ont pas eu la précaution de lier les deux bouts du vaisseau blessé. Mais neuf jours s'étaient écoulés, pendant lesquels le tissu artériel s'était enflammé dans les environs de la piqûre; car celle-ci donnait issue à de la sérosité chargée de quelques traces de pus. Aussi, en réfléchissant au point que je devais choisir

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. VII, page 452.

pour placer ma ligature, fus-je éloigné de l'idée de la porter derrière la malléole, plutôt par la crainte d'y trouver de l'artérite, que par les raisons qui font dire à M. Velpeau que cette ligature est assez dangereuse (1). Quant au point d'élection indiqué vers le tiers supérieur de la jambe, il me suffit, pour y renoncer, de penser aux difficultés qu'y ont rencontrées :

Deschamps, qui fut obligé de comprendre dans l'anse de la ligature une partie du ligament interosseux, quelques portions charnues, et peut-être l'artère tibiale antérieure, ainsi que le nerf qui l'accompagne ;

Logand, chirurgien de Leeds, qui fut contraint de reséquer le péroné dans l'étendue de deux pouces ;

Et Bouchet, de Lyon, qui fut forcé d'inciser en travers les muscles du mollet, tant ils étaient contractés avec force.

C'était pourtant la tibiale postérieure que je voulais lier, parce que c'est elle qui donne naissance aux rameaux calcaniens internes, et que c'était évidemment l'un de ces rameaux qui avait été blessé tout près du point où ils se séparent de l'artère tibiale postérieure. Je pris donc pour point d'élection le tiers moyen de la jambe, assez distant de la blessure pour espérer que l'inflammation du vaisseau ne se serait pas propagée jusque-là.

Après avoir fait fléchir la jambe blessée, de telle sorte qu'elle fût couchée sur son côté externe et que je fusse en regard de la région postérieure, je mesurai de l'œil l'espace qui sépare du tendon d'Achille le bord interne du tibia ; et je pratiquai sur le milieu de cette ligne, avec un bistouri convexe, une incision de deux pouces, qui intéressa d'abord la peau et les différentes couches sous-jacentes, et qui ensuite divisa l'aponévrose profonde. Voulant alors constater les battements de l'artère, je fus assez longtemps à les sentir, tant ils étaient faibles, et ce ne fut qu'après avoir fait avaler au malade un léger cordial que je pus les apprécier et éviter par là le double écueil de chercher le vaisseau trop près du tendon d'Achille, ou trop près du tibia. Pour me mettre à l'abri de toute erreur, après avoir mis à nu l'artère tibiale postérieure, qui se trouvait d'ailleurs plus en dehors qu'elle n'est ordinairement du nerf qui la côtoie, je la saisis avec l'indicateur de la main gauche, et je glissai sous elle une sonde cannelée. Quand je fus assuré, par cette précaution, non-seulement de tenir bien l'artère, mais encore d'avoir à ma disposition un vaisseau sain, ou du moins sans altération de couleur et de texture, je l'enlaçai d'une forte ligature simple et l'étreignis par deux nœuds. Après avoir coupé l'un des deux chefs de la ligature, et avoir attendu suffisamment pour voir si je n'avais intéressé aucun vaisseau capable de fournir du sang, je réunis les lèvres de la plaie à l'aide de cinq points de suture et de six bandelettes agglutinatives dont quatre étaient interposées entre les points de suture ; de la charpie et un bandage roulé terminèrent le pansement, et en quittant le malade, je lui recommandai de ne pas économiser l'eau de puits aiguisée de jus de citron.

Le lendemain, 7 juin, le mollet et le pied furent assez tuméfiés pour m'engager à inciser sur place les bandelettes agglutinatives ; et l'inflammation se continuant, j'eus à couper successivement tous les points de suture, et fus forcé de livrer à la suppuration la plaie que j'aurais tant voulu réunir par première intention.

Malgré ces petites contrariétés que me suscita l'excès d'une inflammation que je n'osais pas combattre, à cause de la débilité générale de mon malade, dans le tempérament duquel le système lymphatique prédomine, tout me permettait de compter sur le plein succès de l'opération, lorsque, le 16, dixième jour après la ligature de la tibiale postérieure, une cinquième hémorragie survint sans cause connue. Soupçonnée pourtant dès la veille par l'état du pouls, elle fut bientôt arrêtée par le malade lui-même à qui j'avais donné mes instructions, et qui mit son doigt sur le jet de sang, pendant tout le temps qu'il fallut à la garde-malade pour serrer le tourniquet que j'avais disposé au-dessus du genou. Ce fut d'ailleurs à l'heure habituelle du pansement qu'eut lieu cette hémorragie : aussi ne tardai-je pas à arriver ; et quelle ne fut pas ma surprise lorsque, cherchant la source du sang, je constatai qu'il n'avait nullement jailli par le point de la ligature que j'avais pratiquée, mais bien par la piqûre de la herse qui offrait des battements que je n'avais jamais observés dans les précédentes hémorragies. Il était donc bien clair que ma ligature, quoique tombée ce jour-là même, avait déterminé un caillot suffisant pour s'opposer au passage du sang de haut en bas ; mais il n'était pas moins évident que le *molimen hæmorragicum*, que la diète sévère à laquelle j'avais soumis mon malade jusqu'à ce jour et les pertes considérables de sang qu'il avait faites n'avaient pu dompter, avait dilaté outre mesure les vaisseaux musculaires, et avait fait refluer le sang dans l'extrémité inférieure de la tibiale postérieure, soit par les rameaux anastomotiques de la pédieuse, soit par ceux de la plantaire interne, soit encore par ceux de la plantaire externe, soit enfin par les rameaux calcaniens eux-mêmes, qui sont en très-grand nombre.

(1) *Traité d'anatomie chirurg.*, t. II, page 592.

La difficulté de savoir quel était celui de ces rameaux qui fournissait la nouvelle hémorragie me détourna de l'idée qui m'était venue sur-le-champ, de pratiquer une ligature au-dessous de la lésion artérielle ; et je jugeai dès lors indispensable d'aller lier l'artère crurale. Toutefois, connaissant les heureux succès qu'avaient obtenus à l'aide de la compression les professeurs Delpech, Dugès et Dubreuil, dans des cas d'hémorragie survenue après et malgré la ligature des différentes artères du membre thoracique, je voulus savoir du seul de ces trois chirurgiens distingués qui survit aux deux autres, s'il pensait que les circonstances fussent assez favorables pour faire réussir la compression, et éviter une nouvelle opération au malheureux Amédée.

L'avis du professeur Dubreuil fut en effet que la ligature déjà pratiquée au-dessus du point blessé diminuant l'impulsion du sang, une compression méthodique exercée sur les rameaux artériels inférieurs, qui seuls pouvaient entretenir l'hémorragie, l'arrêterait probablement. Il poussa même la complaisance jusqu'à renouveler, le 17, l'appareil que j'avais placé la veille, et malgré lequel une sixième hémorragie avait eu lieu pendant la nuit. Aux compresses soit longuettes, soit carrées, et au bandage en étrier que j'avais appliqués, il joignit une pièce de monnaie, afin de donner plus de solidité à la compression ; les affusions froides furent continuées avec persévérance ; la diète la plus sévère fut maintenue, et comme auparavant la limonade froide fut seule permise. Malgré toutes ces précautions, une septième hémorragie eut lieu le 18, à 3 heures du matin, pendant que j'étais auprès d'une dame en proie aux douleurs de l'enfantement, et du linge brûlé fut appliqué sur toute la partie interne du cou-de-pied, malgré la défense que j'en avais faite, parce que, toutes les fois que j'avais enlevé cet appareil, dans lequel le blessé avait une grande confiance, j'avais remarqué qu'il avait irrité les téguments. L'hémorragie étant arrêtée quand j'arrivai auprès du malade, tous mes raisonnements furent inutiles pour le décider à se laisser faire une nouvelle opération ; mais l'état de faiblesse où l'avaient jeté et ses nombreuses pertes de sang, et la diète sévère à laquelle il avait été soumis, me firent un devoir de ne pas abandonner à lui-même un malheureux que son éloignement de la ville me faisait tous les jours craindre de trouver mort le lendemain ; et le professeur Dubreuil, que j'avais encore fait appeler en consultation, sachant bien *qu'il n'y a plus à compter sur la compression*, comme il le dit lui-même (1), *quand, mise en usage un certain temps après la blessure, elle agit sur des parties enflammées*, joignit ses instances aux miennes pour engager Louis Amédée à se laisser lier l'artère fémorale.

Une huitième hémorragie survenue douze heures après la précédente, c'est-à-dire à trois heures de l'après-midi, plongea le malade dans l'épouvante et lui fit sentir enfin tout le danger de sa position : il demanda un confesseur, et se soumit ensuite à tout ce que je pourrais lui proposer.

Les choses étant examinées avec une nouvelle attention et le dernier appareil étant enlevé, nous constatâmes non-seulement que l'épiderme était détaché dans une certaine étendue de la région malléolaire interne, mais encore qu'il s'était formé, à quelques lignes en avant de la piqûre, une tumeur anévrismatique présentant une crevasse par laquelle le sang s'échappait. Ces circonstances, jointes au *molimen hæmorragicum* qui était si actif chez notre malade, nous confirmèrent dans la conviction que nous avions déjà acquise de l'indispensable et urgente nécessité de lier l'artère fémorale ; quant au choix du lieu précis où nous devions découvrir ce vaisseau, l'expérience du passé nous avait appris à nous méfier de la grande facilité des communications collatérales, et à donner la préférence à la partie du membre la plus éloignée de la lésion primitive. Nous n'hésitâmes donc pas à porter notre ligature à la partie inférieure du triangle inguinal, région où il est d'ailleurs si facile de découvrir et d'isoler l'artère crurale. Aussi ne décrirai-je pas la manière dont je procédai à cette opération chirurgicale. Il me suffira de dire, pour rassurer mes lecteurs, que je la pratiquai en présence du professeur Dubreuil, dont je me rappelle avec plaisir avoir été le premier élève particulier quand il arriva dans notre ville. Les lèvres de la plaie furent rapprochées avec le seul secours des bandelettes agglutinatives ; et une potion calmante fut administrée par cuillerées.

La nuit qui suivit l'opération fut, au dire du malade, une nuit de délices, tant elle différa des nuits précédentes. La journée qui lui succéda fut également bonne, et la fièvre ne survint que le soir. Certes, elle fut forte, mais la cuisse ne se tuméfia pas comme l'avait fait la jambe, et la suppuration fut si peu abondante que je ne changeai le premier appareil que le 23 juin, sixième jour après l'opération. La ligature tomba le 28, c'est-à-dire dix jours après qu'elle avait été placée, tout comme l'avait fait celle de la tibiale postérieure.

Pendant que les choses se passaient aussi heureusement vers la région où avait été liée l'artère crurale, la plaie de la région malléolaire, qui avait fourni tant d'hémorragies, s'agrandissait de jour en jour ; les bords se

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 726.

décollaient, et une grande quantité de pus s'en échappait à chaque pansement. Ayant engagé une sonde cannelée dont le bec pénétra à huit lignes de profondeur, pour le moins, vers le talon, j'incisai les téguments et interposai de la charpie entre les lèvres de l'incision. Ainsi traitée, cette plaie marcha, concurremment avec les deux autres, assez vite vers la guérison, et le 15 juillet tout était cicatrisé. Le 29 du même mois, j'ai trouvé Louis Amédée se promenant dans son jardin.

Nota. Si je n'ai parlé, ni du fourmillement, ni de la diminution de température que signalent la plupart des observateurs à la suite de la ligature des principales artères, c'est que le premier de ces deux phénomènes a été très-peu senti par le malade, et que le second n'a pu être apprécié que dans le pied et pendant quelques jours seulement.

A.-T. Chrestien.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE CHIRURGIE PRATIQUE, *comprenant la cataracte, l'iritis, et les fractures du col du fémur;* par M. Pamard, *chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon* (1).

La critique a des devoirs, quelquefois agréables, souvent pénibles à remplir. Quand, par exemple, nous rencontrons sur notre chemin un ouvrage écrit par un praticien expérimenté, par un chirurgien d'une réputation justement méritée, et que cet ouvrage, empreint d'ailleurs d'une grande bonne foi, annonce des résultats que la nature même des choses nous signale comme impossibles à obtenir, faut-il se taire, et consacrer en quelque sorte l'erreur par le silence? Et n'est-ce pas mieux servir à la fois l'art et le praticien qui s'est trompé, que de dire consciencieusement ce qui nous apparaît être la vérité, en signalant la cause d'une erreur encore trop généralement répandue?

Le premier des mémoires publiés par M. Pamard porte pour titre: *De la cataracte et de son extraction par un procédé particulier.* Ce procédé n'est autre que celui de son aïeul, qui fixait l'œil avec le *trèfle* ou la *pique* qui a gardé son nom; cette pique, que ses ailes empêchent de s'enfoncer de plus de trois millimètres, s'implante dans la cornée à deux millimètres de la sclérotique, à l'opposé du point par où doit pénétrer le couteau; le reste du procédé n'a rien de particulier. M. Pamard se plaint qu'il soit resté *absolument inconnu,* ce qui est beaucoup trop dire; et il se propose surtout de le réhabiliter en publiant les succès qu'il lui a dus; l'exposé concis de ses observations tient plus de la moitié du mémoire. En résumé:

Sur 97 yeux opérés,

83 ont recouvré une vue parfaite,
9 ont une vue imparfaite,
4 ont été perdus absolument.

Sur 90 malades opérés,

79 ont recouvré une vue parfaite,
9 une vue imparfaite,
2 ont perdu la vue entièrement.

Ce qui équivaut à 1 non-succès sur 24, et 1 succès incomplet sur 10. D'après M. Velpeau, Pelletan et Dupuytren auraient réussi 20 fois sur 50;—M. J. Cloquet, 28 fois sur 80;—M. Roux 180 fois sur 306. M. Pamard laisse donc ses devanciers de bien loin en arrière; et il attribue ce bonheur à peu près constant, d'abord à son procédé, puis aux soins consécutifs, et notamment à la saignée et aux fomentations froides dont il use pour prévenir les accidents inflammatoires. Nous n'avons rien à dire à cet égard, sinon que peut-être l'auteur a apprécié ses faits avec un peu de complaisance; mais enfin de tels succès ne sont pas impossibles.

Le troisième mémoire a pour titre: *Description d'un nouvel appareil pour le traitement des fractures du col du fémur.* C'est un appareil à extension permanente, dans lequel l'extension embrasse le pied à l'aide d'une semelle toute pareille à celle de Boyer; la contre-extension se fait au moyen d'une ceinture embrassant le bassin et retenue par des sous-cuisses; seulement il y a deux attelles, et l'attelle interne, à l'aide d'un bras de levier oblique qui passe par-dessus la partie supérieure de la cuisse, trouve un point d'appui supérieur dans un gousset de la ceinture, tout à côté de l'attelle externe. La traction s'opère à l'aide d'une vis.

Il n'y a rien là qui fasse différer essentiellement cet appareil d'une foule d'autres, et de l'attelle de Boyer, par exemple. Cependant M. Pamard attribue, comme de raison, la supériorité au sien, et apporte aussi en sa faveur un certain nombre d'observations. Il y en a 13 pour les fractures du col du fémur; nous en donnerons quelques-unes en abrégé.

Obs. I.—Homme de 60 ans; au début, raccourcissement de 4 centimètres.—Résultat: *consolidation parfaite; pas le plus léger raccourcissement.*

Obs. II.—Jeune fille de 14 ans; au début, raccourcissement de 5 centimètres.—Résultat: *consolidation parfaite; pas le plus léger raccourcissement.*

Obs. IV.—Homme de 73 ans; raccourcis-

(1) Un vol. in-8° avec 4 planches.—Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

sement d'au moins 6 centimètres.—Guérison *sans le plus léger raccourcissement.*

Au total, sur les 13 cas, il y en a 9 de cette sorte; 3 pour lesquels le succès a été moindre, parce que les malades ont été indociles; et enfin, dans le dernier cas, la fracture existait depuis deux mois; il y avait un raccourcissement d'environ 7 centimètres; et le malade n'en guérit pas moins avec un raccourcissement ramené à 1 centimètre.

Ici nous ne pouvons plus rien concéder; de pareilles guérisons sont tout simplement impossibles. Que par hasard on rencontre une fracture extra-capsulaire dans des conditions si heureuses qu'il n'y ait pas de déplacement; qu'on la guérisse alors sans raccourcissement, il n'est besoin pour cela que de repos; et le moindre appareil y suffit. Mais des fractures avec 3, 4, 5, 6, 7 centimètres de raccourcissement, guéries, complétement guéries: voilà ce que tous ceux qui ont disséqué de ces fractures, qui les ont étudiées au lit des malades, qui ont vu échouer les meilleurs appareils et les maîtres les plus habiles, se refuseront à admettre. D'où vient donc l'erreur? D'une très-petite lacune dans le diagnostic; de ce qu'on ne s'attache pas à mesurer le membre avant et après; de ce qu'on admet sans preuve des raccourcissements de 3 à 7 centimètres, et sans preuve encore des allongements tout aussi problématiques que ces raccourcissements.

Nous avons eu l'honneur de voir M. Pamard à Paris il y a quelques mois; nous lui avons exposé nos doutes, qui n'ont pas ébranlé ses convictions le moins du monde. Nous avions alors dans notre service à Saint-Antoine un homme atteint d'une fracture double du fémur; c'était là ou jamais le cas de montrer l'efficacité du nouvel appareil; et en effet M. Pamard nous engagea à l'appliquer, nous promettant un complet succès. Mais comme de nombreux essais en ce genre ne nous laissaient pas en nous-même toute la confiance nécessaire, nous invitâmes M. Pamard à se charger de ce malade; malheureusement il ne put retarder son départ. Malheureusement pour tout le monde: pour nous, qui aurions été guéri de notre incrédulité; pour M. Pamard, qui aurait obtenu peut-être un succès de plus; et pour le malade, qui aurait évité un raccourcissement que nous ne pûmes entièrement détruire.

De temps à autre, il s'invente des appareils du même genre; et M. le docteur de Saint-Martin en a présenté un à l'Académie royale de médecine, qui a eu l'approbation de la docte compagnie, et qui se trouve décrit et figuré dans ses Mémoires. M. de Saint-Martin a bien voulu nous en apporter un modèle; et dans la défiance de nous-même que nous confessions tout à l'heure, nous avons prié l'auteur d'en faire l'application sur un de nos malades, atteint d'une fracture du fémur, nous réservant seulement le soin de mesurer le membre. Tant que l'appareil tirait modérément, le chevauchement persistait, le malade souffrait peu. Dès que l'appareil exerçait une traction assez forte pour ramener le membre à peu près à sa longueur naturelle, des douleurs atroces empêchaient le malade de le supporter; on mit sous les sous-cuisses des masses de ouate sans grand bénéfice; et enfin des excoriations survenues obligèrent à y renoncer. Que les chirurgiens se le tiennent pour dit; la vis, le treuil, les poids, les moufles, une attelle, deux attelles et plus encore, tout cela a été essayé, renouvelé, réappliqué mille fois; et une dure expérience a montré tout ce qu'on pouvait en attendre; toute invention en ce genre court grand risque d'être frappée de stérilité.

L'autre Mémoire de M. Pamard a pour sujet l'*Iritis;* il a été couronné en 1835 par la Société médico-pratique de Paris, et il était tout à fait digne de cette distinction. Ici l'habile chirurgien, n'étant plus préoccupé du désir de faire triompher tel ou tel appareil mécanique, se montre avec toutes les qualités d'un observateur instruit, sagace, expérimenté, et nous avons lu ce Mémoire avec un véritable plaisir. Il préconise particulièrement les mercuriaux poussés jusqu'à salivation; la belladone lui a paru aussi utile, non pas toutefois appliquée sur l'œil; il regarde cette application comme pernicieuse. Les saignées générales lui ont réussi; il n'aime pas les saignées locales rapprochées du siége du mal. Enfin, il repousse les topiques en général, mais surtout les applications émollientes continues, et regarde le contact de l'air avec l'œil comme utile, sauf toutefois dans l'iritis traumatique, où les applications froides lui ont paru devoir être conseillées.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.—28 *octobre.*—M. Amussat lit un Mémoire intitulé: *Recherches sur les blessures des vaisseaux sanguins.* Les conclusions principales de ce travail sont: que quand une artère est coupée en travers, l'hémorragie est arrêtée par un caillot qui bouche le vaisseau, et qui adhère particulièrement au rebord de la tunique celluleuse; et que ce caillot n'est pas plein, mais creux, de manière à prolonger l'artère jusqu'au cul-de-sac qui le termine.

M. Laugier écrit qu'il applique à toutes les plaies suppurantes un nouveau mode de pansement, qui consiste à les recouvrir d'une solution épaisse de gomme élastique étendue pardessus un morceau de baudruche.

M. Auzias-Turenne annonce qu'il est parvenu à inoculer le pus du chancre syphilitique à des chats, des chiens et des singes : résultat que Hunter n'avait pu produire.

11 *novembre*.—M. Guérin réclame contre M. Laugier l'idée de recouvrir les plaies avec des appareils en baudruche, taffetas gommé, caoutchouc, etc.

M. Chassaignac écrit de son côté qu'il se sert dans le même but de bandelettes de diachylon.

2 *décembre*. — M. Bonnafont adresse une note sur quelques expériences par lui faites à Alger sur des décapités. Il a crié pendant une minute et demie aux oreilles de deux têtes d'Arabes fraîchement décollées ; et aucun mouvement des yeux ni de la face n'a témoigné que l'ouïe existât encore.—Nous pourrions rire de ces expériences, si les billevesées répétées tous les jours par les journaux politiques ne les avaient en quelque sorte justifiées et peut-être même rendues nécessaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 8 *octobre*. — M. Capuron fait un rapport sur un Mémoire de M. Hirtz intitulé : *La brièveté native ou accidentelle du cordon peut-elle s'opposer à l'accouchement?*—L'auteur répond par l'affirmative ; le rapporteur pense qu'il y a de fortes raisons de se tenir dans le doute. Il propose toutefois d'adresser des remercîments à l'auteur et de l'inscrire parmi les candidats aux places de correspondants.—Adopté.

15 *octobre*. — M. Capuron fait un rapport sur un Mémoire de M. Négrier, intitulé : *De la crâniotomie et de l'extraction du fœtus au moyen d'un seul instrument, le crochet aigu*. L'auteur veut réhabiliter la crâniotomie par le crochet aigu, qu'il préfère au céphalotribe, à la symphysiotomie et à l'opération césarienne. Le rapporteur préfère au contraire l'opération césarienne quand l'enfant est vivant. — Remercîments à l'auteur, dont le nom sera inscrit parmi les candidats aux places de correspondants.

26 *novembre*.—M. Bouvier lit un document qu'il désire voir ajouter aux pièces relatives à la myotomie rachidienne qui figureront dans le bulletin de l'Académie. C'est une note qu'il a adressée à la la Commission au sujet de Mlle Clarisse Lechner, que l'on avait présentée comme complétement guérie. (Voir ci-devant, p. 333.)

Voici cette note :

« 13 *octobre* 1844.—J'ai vu aujourd'hui Mlle Clarisse Lechner ; elle demeure actuellement rue du Roule, n° 23, chez son frère, tailleur. Elle a encore son père, mais il habite ailleurs. Elle a près de 18 ans, et elle a beaucoup engraissé ces dernières années, circonstance à noter. Elle m'a dit être restée trois mois aux Enfants, et avoir porté ensuite deux ou trois mois une ceinture mécanique. Avant le traitement, son épaule droite était soulevée en arrière et fortement abaissée, de manière à se rapprocher de la hanche droite qui en paraissait plus élevée ; elle a été moulée à l'hôpital où son moule est resté. D'après ce récit et d'après ce qui reste aujourd'hui, la courbure principale était au bas de l'épine, dans la région dorso-lombaire ; et sa convexité était à gauche. Elle se loue beaucoup du succès du traitement, ainsi que son frère et la femme de celui-ci ; il est de fait que, lorsqu'elle est habillée, il y a fort peu d'apparence de déviation.

« J'ai examiné le dos à nu, ce à quoi elle s'est prêtée sans difficulté, ni de sa part ni de celle de ses parents qui m'ont très-bien reçu. Il existe une déviation de l'épine, légère, il est vrai, mais très-manifeste ; les épaules sont de niveau à leur partie supérieure, mais la droite fait manifestement un peu plus de saillie en arrière que la gauche ; le côté gauche des lombes est soulevé ; le côté droit, à la hauteur du flanc, sensiblement déprimé au-dessus de la hanche droite. J'ai tendu un fil des apophyses épineuses cervicales à la dernière apophyse lombaire ; les apophyses épineuses dorsales supérieures et moyennes ne s'écartaient pas sensiblement de ce fil, les suivantes formaient avec les lombaires une courbure à convexité gauche. Les apophyses correspondant au milieu de cette courbure, étaient placées à la gauche du fil ; mais elles en étaient fort rapprochées, et à une distance que j'ai estimée à tout au plus deux millimètres. Il suit de là que cette jeune fille porte deux courbures alternatives de l'épine, l'une supérieure, non visible en arrière et caractérisée seulement par la torsion et la déviation des corps des vertèbres qui produit la saillie des côtés et de l'épaule droite ; l'autre inférieure, appréciable en arrière, et s'accompagnant aussi de la torsion qui détermine le soulèvement des muscles du côté gauche des lombes et la dépression correspondante du côté droit. La jeune personne était debout dans une attitude très-droite, lorsque j'ai fait cet examen ; j'ai omis de l'examiner dans l'attitude fléchie en avant.

« Elle m'a raconté avoir été opérée à deux places et seulement du côté gauche. J'ai retrouvé une cicatrice très-apparente, semblable à celle d'une forte piqûre de sangsue qui serait restée béante. Cette cicatrice est placée très-bas, au-dessous du niveau de la crête iliaque, en dehors de l'extrémité inférieure du sacro-spinal. J'ai cru voir une autre marque plus haut du même côté, mais elle n'était pas très-distincte. J'ai omis d'explorer l'état des muscles vis-à-vis les sections, et de demander à la jeune fille ce qu'elle avait éprouvé dans cet endroit depuis l'opération. Vous serez étonnés peut-être de voir des sections pratiquées à gauche, quand la concavité de la courbure dominante était à droite, mais vous vous rappellerez que l'opérateur a l'idée *toute à lui* que la cause de la déviation totale est alors dans les muscles qui inclinent les dernières vertèbres lombaires sur le côté gauche du sacrum.

« L'état de cette jeune fille est évidemment celui que l'on observe après beaucoup de traitements tout mécaniques de plusieurs mois de durée ; il y a eu sans doute amélioration comme après ces traitements, mais la déviation qui subsiste ne permettrait pas de porter ce cas à la colonne des guérisons dans un relevé statistique. Personne, je pense, ne voudrait soutenir que la section des muscles ait eu ici la moindre influence sur le résultat obtenu. »

—M. Louis, au nom d'une commission spéciale, propose de déclarer qu'il y a une place vacante dans la section d'anatomie et physiologie, en remplacement de MM. Double, Pelletier et Edwards. Cette proposition est adoptée.

—M. Gimelle fait un rapport sur un mémoire de M. Robert, *sur les fractures du col du fémur par pénétration*. L'Académie vote des remercîments à l'auteur, et le renvoi du Mémoire au Comité de publication.

10 *décembre*.—MM. Manec et Longet écrivent pour se porter candidats à la place vacante

---

—M. Vidal nous remercie, dans les *Annales de chirurgie*, de lui avoir appris (voir ci-devant, page 320) que la première idée de la spatule cannelée remontait à Louis. Véritablement la chose n'en valait pas la peine. Mais,

« Comme je hais l'ingratitude, dit M. Vidal, je m'empresse de rendre un service bien autrement important à M. Malgaigné. Après tout, la spatule n'est que le plus humble des instruments de notre trousse, tandis qu'il va être question de ce que M. Malgaigne appelle une doctrine.

« On sait qu'une des doctrines de M. Malgaigne, c'est de considérer comme appartenant à différentes causes les ruptures musculaires, selon qu'elles s'effectuent dans la portion réellement musculaire ou dans la portion tendineuse. C'est une violente contraction musculaire qui rompt le tendon ; ce serait, au contraire, une autre cause, une distension produite par d'autres forces, par un accident, une cause venant du dehors, qui produirait la rupture appartenant aux muscles mêmes. Eh bien ! voici un passage que je soumets à M. Malgaigne, et qui le flattera beaucoup si, comme moi, il trouve qu'il y a entre cette doctrine et sa doctrine une petite ressemblance.

« C'est pendant la contraction du muscle dont il dépend qu'un tendon peut être rompu.
« Il paraît, au contraire, que c'est pendant l'action de leurs antagonistes, ou d'une force
« étrangère, que les muscles se laissent déchirer, etc. »

« Je répéterai ce que M. Malgaigne a dit si obligeamment de moi ; j'ai la conviction que mon collègue ignorait complétement ce passage ; mais je ferai remarquer que cette citation appartient à un livre de notre siècle, tandis que Louis est un peu moins moderne. »

M. Vidal, par une modestie exagérée, n'a pas nommé l'auteur de ce livre ; mais nous, qui n'avons pas le même motif de nous taire, nous reconnaissons volontiers à notre collègue la propriété de la phrase qu'il en a extraite, et qu'il a même un peu corrigée, comme c'était son droit. Nous trouvons en effet, entre cette doctrine et la nôtre, non pas une petite, mais une très-grande ressemblance ; disons mieux, c'est notre doctrine, sans nulle difficulté. Nous sommes donc très-flatté que M. Vidal ait accordé dans son livre cette petite mention à l'une de nos doctrines ; c'est un devoir pour nous de l'en remercier ; mais nous aurions été plus flatté encore s'il avait bien voulu avertir ses lecteurs qu'il l'avait puisée dans un de nos ouvrages, un peu moins moderne que le sien.

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.

(2e ANNÉE, 1844.)

I. — TRAVAUX ORIGINAUX.

II.—REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

Obstétrique.

Pharmacologie chirurgicale.

III. — BULLETIN CLINIQUE.

IV.— BIBLIOGRAPHIE.

V.—NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

FIN DE LA TABLE.

Paris, Imp. de PAUL DUPONT.

